

FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO INFANCIA MISIONERA 2024

Foto
Opcional

DATOS DEL / DE LA MENOR O JOVEN PARTICIPANTE			
Nombre y Apellidos:			
Fecha de nacimiento:			
D.N.I.:			
Calle:	Portal:	Piso:	Letra:
Código Postal:		Provincia:	

DATOS DEL PADRE / MADRE O TUTOR / A LEGAL	
Nombre y Apellidos:	
PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR/A LEGAL <input type="checkbox"/>	Número de teléfono de contacto:
Calle:	Portal: Piso: Letra:
Código Postal:	Provincia:

AUTORIZACIONES:

AUTORIZO , al/la menor bajo mi tutela a participar en la acampada, marchas, travesías organizadas por Obras Misionales Pontificias los días 23 a 30 de junio del año 2024

AUTORIZO , NO AUTORIZO , a que el/la menor bajo mi tutela pueda ser transportado/a a la acampada, campo de voluntariado, marchas, travesías y ascensiones o durante la ejecución de las mismas en los vehículos propios de personas autorizadas por Obras Misionales Pontificias en caso de que no haya otro medio de transporte posible, siendo la Asociación responsable de cualquier tipo de percance o accidente, durante la duración del trayecto.

AUTORIZO , NO AUTORIZO el tratamiento de los datos personales del/la menor bajo mi tutela. Se le informa que existe un fichero de datos básicos generales y médicos, con la única finalidad de solicitar y prestar asistencia médica y de cualquier otra índole a los participantes en la acampada, campo de voluntariado, marchas, travesías y ascensiones, en caso de resultar necesario.

AUTORIZO , NO AUTORIZO que el/la menor bajo mi tutela sea sometido/a a la prestación de atención de primeros auxilios y la administración de medicamentos que resultaran necesarios por parte de los monitores y personal competente. Cuando se trate de situaciones urgentes se contactará de forma previa e inmediata con los/las padres/madres o tutores/tutoras, no obstante en el caso de que resulte imposible, se autoriza expresamente a que se lleven a cabo los tratamientos médicos o quirúrgicos de urgencia que sean necesarios, a juicio del equipo médico que en su caso le atienda, o lo especificado en la ficha médica personal, a fin de preservar o restablecer su salud, incluido el traslado del/de la menor en vehículo privado destinado al uso de emergencias, con las medidas de seguridad pertinentes.

AUTORIZO , NO AUTORIZO , a Obras Misionales Pontificias, entidad organizadora de la actividad, para que obtenga y utilice imágenes relacionadas con el evento, acampadas, campos de voluntariado, marchas, travesías y ascensiones en las publicaciones que realice el mismo, ya sean impresas o en formato digital (video divulgativo, web...). Asimismo autorizan que dichas imágenes puedan ser obtenidas y/o difundidas por los medios de comunicación siempre que dicha difusión no comporte una intromisión ilegítima la intimidad, honra o reputación del menor o sea contraria a sus intereses, todo ello en los términos establecidos en el artículo 4 número 3 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.

Obras Misionales Pontificias, se compromete a hacer cuanto de ella dependa para ponerse en contacto con los tutores legales del menor a fin de mantenerles informados/as en todo momento de las incidencias relevantes relativas a la salud o bienestar de los/las menores. Facilitando que llegado el caso sean los/las propios/as tutores quienes tomen las decisiones pertinentes referentes a los tratamientos o acciones a seguir en los casos mencionados del presente documento.

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA A LOS/LAS PARTICIPANTES:

- **Fotocopia del DNI, si lo tiene.**
- **Fotocopia del DNI del padre/madre o tutor/a legal que autoriza.**
- **Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria.**
- **Fotocopia de informe médico en caso de los/las participantes con enfermedad crónica o que necesiten medicación durante la acampada**

DATOS DE INTERÉS DE LOS/LAS PARTICIPANTES:

- Enfermedades crónicas (asma, diabetes...) especificar: tratamiento:
- Enfermedades relevantes especificar tratamiento:
- Alergias o intolerancias especificar tratamiento:
- Tiene puestas y actualizadas las vacunas correspondientes del Calendario de vacunación acorde a su edad si no
- Vacuna antitetánica si no
- Es propenso o propensa a insomnio , jaquecas , mareos , sonambulismo , otros especificar
- Utiliza gafas , lentillas , prótesis auditivas , prótesis dentales u otros especificar

- Sabe nadar si no
- Información relevante y observaciones (anotar todo aquello que se deba tener en cuenta):

POLITICA DE PRIVACIDAD

De conformidad con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se le informa que los datos personales proporcionados en el presente documento y las imágenes en su caso, solo podrán ser tratados por OBRAS MISIONALES PONTIFICIAS para los fines y actividades relacionados con la participación de la actividad programada y las comunicaciones con los interesados, Los datos serán tratados sobre la base legítima del consentimiento del titular y no se cederán a terceros, salvo obligación legal, judicial o consentimiento expreso del interesado.

Los interesados, en su calidad de representantes legales del menor, podrán en todo momento ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento, acompañando documentación que acredite su identidad y dirigiéndose a Obras Misionales Pontificias o escribiendo a dpd@omp.es
Puede consultar toda la información sobre nuestra política de privacidad en:

www.omp.es/politica-proteccion-datos/

Deben firmar **ambos padres o tutores o quien ostente la patria potestad**

En _____, a _____ de _____ de 2024.

PADRE /MADRE – TUTOR/TUTORA LEGAL