



## INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO DE VERANO

### DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Talla camiseta: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: / / DNI: \_\_\_\_\_ N° Tarjeta Sanitaria: \_\_\_\_\_

Grupo de catequesis: Comunión1  Comunión2  Confirmación1  Confirmación2  Life Teen

### DATOS PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre y apellidos de la madre/tutora: \_\_\_\_\_

N° móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del padre/tutor: \_\_\_\_\_

N° móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

MODO DE PAGO	CUENTA BANCARIA	CÓDIGO BIZUM
195 €	ES33 0081 5121 7600 0126 7134	1764

PAGADO (señale el modo de pago)	TRANSFERENCIA	BIZUM	EFFECTIVO

### PARTICIPACIÓN EN CAMPAMENTO DE VERANO 2024

Por favor, marque con una cruz SI AUTORIZA a su hijo/a a participar en el Campamento de Verano organizado por la Parroquia Beata María Ana Mogas, del 23 de junio al 30 de junio de 2024 en Casa de la Misericordia. Alcuescar (Cáceres).

El padre/tutor

La madre/tutora

### AUTORIZACIÓN PARA LA INCLUSIÓN DE LOS PADRES/MADRES/TUTOR EN GRUPO DE WHATSAPP DE LA ACTIVIDAD CAMPAMENTO DE VERANO 2024

Por favor, marque con una cruz SI AUTORIZA a la Parroquia el uso de su número de teléfono para su inclusión en Grupos de Whatsapp destinados a la comunicación y buen desarrollo de la actividad Campamento de verano 2024

El padre/tutor

La madre/tutora

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES O VÍDEOS DEL MENOR

Por favor, marquen con una cruz SI AUTORIZAN a la Parroquia y a la Archidiócesis de Madrid a la reproducción y publicación de la imagen de su hijo/a o tutelado/a, obtenida en vídeo o fotografía en las actividades del Campamento de verano 2024 que organice la Parroquia y en las que participe. Esta publicación podrá hacerse por cualquier procedimiento, medio o soporte, para fines de promoción y pastorales propios de la Parroquia y la Archidiócesis, incluyendo cualquier formato de publicación, ya sea tradicional (ej., folletos, revistas), redes sociales, páginas web, vídeos y demás materiales promocionales y de difusión de la misma Parroquia o de las actividades de la Iglesia Católica en general. Dicha publicación es sin ánimo de lucro, y renuncian a solicitar remuneración alguna.

El padre/tutor

La madre/tutora

Y, para que así conste, lo firmo en Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

El padre/tutor \_\_\_\_\_

La madre/tutora \_\_\_\_\_

**FICHA MÉDICA**

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ ¿Sabe nadar? Sí  No  ¿Tiene todas las vacunas? Sí  No

Contestar las siguientes cuestiones solo en caso afirmativo:

ALERGIAS ALIMENTARIAS O INTOLERANCIAS:

---

---

OTRAS ALERGIAS:

---

---

ENFERMEDADES RECIENTES O CRÓNICAS:

---

---

Uso de lentillas, prótesis auditivas, prótesis dentales o elementos ortopédicos que requieran cuidado especial (Elemento y tipo de cuidado): \_\_\_\_\_

**ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS MEDICOS DE INTERES** (cualquier dato de interés que no se ha especificado anteriormente):

---

---

---

Los datos médicos podrán ser cedidos en caso de necesidad al Sistema Nacional de Salud. Se le informa que se conservarán en la Parroquia, exclusivamente, mientras dure la actividad autorizada.

Los abajo firmantes:

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

AUTORIZAN:

el tratamiento de los datos solicitados en la presente ficha médica con el fin determinado

la administración de las medicinas anteriormente indicadas a mi hijo/a

Y, para que así conste, lo firmo en MADRID, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

El padre/tutor \_\_\_\_\_

La madre/tutora \_\_\_\_\_