



SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN

MARCAR CON UNA X

<input type="checkbox"/>	Primer turno Campamento Osorio 2019
<input type="checkbox"/>	Segundo turno Campamento Osorio 2019

Datos de los padres o tutores (sólo menores de edad)

D/Dña.....

DNI.....

Domicilio:.....Municipio.....

Teléfono de contacto:.....

Datos del participante:

Nombre y apellidos:

DNI: Fecha de nacimiento:

Domicilio: Municipio:

Teléfono de contacto:

Talla de camiseta:

Participación en el campamento del año 2018: SI ... NO ...

SOLICITA plaza para la participación en el “**Campamento Osorio 2019**” organizado por el Ayuntamiento de Teror, aceptando bajo su responsabilidad la normativa dispuesta por la organización en la realización de actividades programadas en los mismos.

Firmado

**Participante
(Sólo mayores de edad)**

**Padre, Madre o Tutor Legal
(Sólo menores de edad)**

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- DNI DEL SOLICITANTE (mayor de edad)
- DNI padre, madre, tutor o representante legal (menores de edad)
- Autorización a terceros para la recogida y tratamiento de datos



AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE DATOS:

Mediante la cumplimentación y firma de este formulario,
Doña/Don _____

Provista/o de DNI/NIE/Pasaporte con número: _____

ACEPTA Y AUTORIZA EXPRESAMENTE A QUE:

Sus datos de carácter personal y la de los menores a los que representan, sean recogidos y tratados por la Concejalía de Juventud, a los efectos específicos de la tramitación de expediente administrativo relativo a Campamentos de Osorio 2019 según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los datos recabados serán incorporados y tratados en la actividad de tratamiento propia de gestión administrativa responsabilidad del Ilustre Ayuntamiento de Teror, con la finalidad de tramitar el correspondiente procedimiento administrativo derivado de su solicitud.

En cualquier caso, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y demás derechos en materia de protección de datos, tal y como así establece la Ley Orgánica 3/2018, solicitándolo de modo presencial en el Registro Municipal ubicado en la calle Muro Nuevo nº 2 de este término municipal, en las oficinas de Correos, o de modo electrónico a través de la sede electrónica municipal. El tratamiento de datos queda legitimado por obligación legal, así como por el consentimiento expreso de la persona interesada mediante la firma del presente documento. Los datos se comunicarán a los Unidades administrativas del Ayuntamiento competentes en la materia relacionada con la comunicación realizada y no podrán ser cedidos a terceros salvo en los supuestos previstos en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal. La firma del presente documento constituye prueba de su consentimiento explícito para el tratamiento de sus datos personales.

En la Villa de Teror, ade 2019

CUESTIONARIO DE SALUD

DATOS PERSONALES				
1º APELLIDO		2º APELLIDO		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES PERSONALES				
¿FUMA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?			
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ¿CUALES?	EN CASO NECESARIO, ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÉDICO A SEGUIR DURANTE EL VIAJE?			
¿LE HAN ADMINISTRADO ALGÚN TIPO DE VACUNA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES?				
¿HA SIDO HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN O INTERVENCIÓN?				
¿ESTÁ PENDIENTE DE ALGÚN TIPO DE HOSPITALIZACIÓN O INTERVENCIÓN EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES? ¿CUÁL?				
¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA AFECTACIÓN DE LAS SIGUIENTES?				
BRONQUITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> TAQUICARDIAS <input type="checkbox"/>	INFARTOS <input type="checkbox"/> VARICES <input type="checkbox"/>	HEPATITIS <input type="checkbox"/> HERNIAS <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIAS <input type="checkbox"/>
DEPRESIÓN <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/>	EPILEPSIA <input type="checkbox"/> VÉRTIGOS <input type="checkbox"/>	ARTROSIS <input type="checkbox"/> LUMBALGIAS <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/> TIROIDES <input type="checkbox"/>	MIOPIA <input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO DE RETINA <input type="checkbox"/>
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CUÁL:				
OTROS DATOS DE INTERÉS				
¿SABE NADAR? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OBSERVACIONES		
¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OBSERVACIONES		



Por favor, responda a todas las preguntas aunque algunas le parezcan poco importantes. Este cuestionario es totalmente confidencial, siguiendo el cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales por usted facilitados en los formularios y en los documentos aportados, así como los obtenidos a lo largo de su relación con el **Ayuntamiento de Teror** serán objeto de tratamiento automatizado y no automatizado en los ficheros de los que es titular el SERVICIO de juventud del **Ayuntamiento de Teror** con la finalidad de gestionar su viaje y poder conocer si sus condiciones físico-sanitarias son aptas para participar en la actividad y para poder atenderle adecuadamente en caso de urgencia o necesidad de prestación sanitaria.

La cumplimentación de los campos del formulario marcados con un * es obligatoria.

El titular de los datos garantiza la veracidad de los datos aportados y será el único responsable de los datos inexactos o erróneos que facilite y se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación que se produzca en los mismos.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el **Ayuntamiento de Teror** en la siguiente dirección: Plaza del Muro Nuevo, 2, 35330, Teror, identificándose en los términos establecidos legalmente (por medio de copia DNI u otro documento acreditativo de su identidad), indicando el concreto derecho que desea ejercitar y aportando dirección o forma de contacto a efectos de notificación.

FECHA, FIRMA Y DNI



DECLARACIÓN JURADA

D/Dña. _____ con
nº DNI. _____ que asistirá al **viaje de Huesca** en las
fechas **del 14 al 18 de julio de 2019**, realizado por **La Concejalía de Juventud
e Infancia del Ayuntamiento de Teror**

DECLARA:

No padecer enfermedad física, psíquica, o infectocontagiosa alguna
para el desarrollo de la actividad programada y tener las condiciones
físicas adecuadas.

En Teror, a _____ de _____ de 2019.

Firmado:

Participante

Nombre y Apellidos

DNI