

TRAVEL CAMP 2021

FOTO

DATOS ALUMNO
APELLIDOS: _____ **NOMBRE:** _____

CURSO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** ____/____/____ **EDAD:** _____

<i>Marque con una cruz los servicios que desea contratar</i>	Actividad 9:00 a 14:00	Desayuno 8:00 a 9:00	Comedor 14:00 a 16:00	Ampliación 16:00 a 17:00
23,24 y 25 Junio	<input type="radio"/> 54€	<input type="radio"/> 12€	<input type="radio"/> 24€	<input type="radio"/> 12€
Semana Junio (28 al 2)	<input type="radio"/> 90€	<input type="radio"/> 20€	<input type="radio"/> 40€	<input type="radio"/> 20€
1ª Semana Julio (5 al 9)	<input type="radio"/> 90€	<input type="radio"/> 20€	<input type="radio"/> 40€	<input type="radio"/> 20€
2ª Semana Julio (12 al 16)	<input type="radio"/> 90€	<input type="radio"/> 20€	<input type="radio"/> 40€	<input type="radio"/> 20€
3ª Semana Julio (19 al 23)	<input type="radio"/> 75€	<input type="radio"/> 15€	<input type="radio"/> 35€	<input type="radio"/> 15€
4ª Semana Julio (26 al 30)	<input type="radio"/> 75€	<input type="radio"/> 15€	<input type="radio"/> 35€	<input type="radio"/> 15€
Día suelto	<input type="radio"/> 19€	<input type="radio"/> 5€	<input type="radio"/> 9€	<input type="radio"/> 5€

Si desea contratar días sueltos, por favor, especifique servicios y fechas en observaciones.

**Descuento del 10% por el segundo hermano y del 20% por el tercero y sucesivos en el precio de la actividad (no incluye servicios de desayuno y comedor).*

OBSERVACIONES

DATOS FAMILIARES
NOMBRE MADRE: _____ **TELÉFONO MADRE:** _____

NOMBRE PADRE: _____ **TELÉFONO PADRE:** _____

Teléfono 3: _____ **Teléfono 4:** _____

CORREOS ELECTRÓNICOS: _____ / _____

ESTADO CIVIL ACTUAL: _____ En caso de separación o divorcio ¿quién ostenta la custodia? _____

DATOS BANCARIOS
TITULAR DE LA CUENTA CARGO: _____ **DNI DEL TITULAR:** _____

CUENTA BANCARIA PARA DOMICILIACIÓN: _____

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO

FICHA MÉDICA

Por favor, rellénela lo más completa posible

Alergias (Medicamentos, alimentos, elementos ambientales, tejidos, etc...):

¿Necesita algún tipo de tratamiento médico? SI NO ¿Cuál? _____

¿Pertenece a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación?: SI NO Especifique:

OBSERVACIONES (Cualquier otro dato que considere de interés): _____

ADJUNTAR INFORME: Si desea señalar algún otro dato de interés, hágalo en un escrito aparte (confidencial).

IMPRESINDIBLE ADJUNTAR COPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL MENOR

Los abajo firmantes D^a _____, con D.N.I. _____, y D. _____, con D.N.I. _____, **AUTORIZAN** a su hijo/a o pupilo a asistir a la actividad arriba indicada, que se desarrollará en las instalaciones del Colegio Montpellier de Madrid. Se **COMPROMETEN** a aceptar las normas de régimen interno de la actividad, y **CERTIFICAN** que su hijo/a o pupilo no padece enfermedad física o psíquica que le incapacite para la convivencia en grupo, o para la realización de las actividades del campamento.

Fecha: _____

Fdo.: el Padre/Tutor _____ Fdo.: la Madre/Tutora _____

WINDWARTS TECNOLOGIA Y OCIO, S.L. es el Responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados bajo su consentimiento y le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), con la finalidad de mantener una relación comercial (por interés legítimo del responsable, art. 6.1.f GDPR) y conservarlos durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a WINDWARTS TECNOLOGIA Y OCIO, S.L. en Avda. Javier Bueno, 1A Portal 11 2º B - 28905 Getafe (Madrid). E-mail: direccion@planesport.com y el de reclamación a www.aepd.es.

Los abajo firmantes D^a _____, con D.N.I _____,
y D. _____, con D.N.I _____, ACTUANDO
en nombre propio y como padre/madre/tutor del menor _____
inscrito como participante en el **Campamento Urbano "Travel Camp"**. Organizado por **Planesport del grupo
Windwärts tecnología y Ocio S.L** que se desarrollará en **MADRID**, del ___/___/2021 al ___/___/2021.

DECLARAN

- Que han sido informado/a, conocen y aceptan los términos íntegros del Protocolo Higiénico-Sanitario que ha de llevarse a cabo en dicho Campamento y proporcionado por la propia organización. Asimismo, son conscientes de los posibles riesgos derivados de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y los asumen bajo su responsabilidad.
- Que se comprometen a comunicar a la organización cualquier alteración en el estado de salud del participante con carácter previo a su incorporación y en su caso la causa de la ausencia del participante.
- Que, conforme al protocolo descrito, en el caso de que el participante fuese diagnosticado como positivo de COVID-19 durante el campamento y en los 10 días siguientes a la terminación del campamento, se comprometen a comunicar al correo electrónico **cristina@planesport.com** dicha circunstancia a la organización, con el fin de que ésta proceda a informar al resto de familias de los participantes.

Y para que conste, firman en el lugar y fecha arriba indicados

Fdo.: el Padre/Tutor _____ Fdo.: la Madre/Tutora