



<input type="checkbox"/> <b>Autorizo</b> a que pueda regresar sólo/a a casa una vez finalizada la actividad.
<input type="checkbox"/> <b>Autorizo</b> la comunicación de asuntos relacionados con la actividad a través de: <input type="checkbox"/> SMS al nº de teléfono _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____
<input type="checkbox"/> <b>Autorizo</b> la realización de fotos durante el desarrollo de las actividades y su posterior utilización para la difusión de las mismas (en las redes del Ayuntamiento y/o en medios de comunicación locales).

La firma de esta ficha de inscripción supone la **autorización para la participación** del menor en la actividad, así como para el tratamiento de los datos personales aportados en los términos indicados al final del documento, necesarios para la prestación del servicio solicitado.

Fecha(\*): \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor/a

Padre, madre, tutor/a

Fdo. (\*) \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

(\* ) Datos de cumplimentación obligatoria

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados con la finalidad de gestionar la participación de su hijo/a en el programa "Días sin Cole", para lo que podrán ser comunicados al centro educativo donde se realiza la actividad, no siendo cedidos a otros terceros, salvo obligación legal o autorización al uso de fotografías para difusión de la actividad. Este tratamiento se realiza en base a su necesidad para la prestación del servicio solicitado. El responsable del tratamiento es el Ayuntamiento de Collado Mediano, con cuyo Delegado de Protección de Datos puede contactar a través de la siguiente dirección de correo electrónico: [protecciondedatos@aytocolladomediano.es](mailto:protecciondedatos@aytocolladomediano.es). Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como el resto de derechos incluidos en la información adicional, que puede consultar en [www.aytocolladomediano.es](http://www.aytocolladomediano.es).

**FICHA MÉDICA.  
DÍAS SIN COLE**

**NOMBRE Y APELLIDOS del participante(\*):**

**DATOS SOCIO-SANITARIOS(\*)** (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

**ALERGIAS, TRATAMIENTOS Y AFECCIONES FRECUENTES.** En caso afirmativo, especificar de qué tipo.

ALERGIAS a MEDICAMENTOS  NO  SÍ

ALERGIAS AMBIENTALES  NO  SÍ

AFECCIONES frecuentes  NO  SÍ

¿Debe seguir algún TRATAMIENTO durante la actividad?  NO  SÍ

**NECESIDADES NUTRICIONALES.** En caso afirmativo, especificar los alimentos que no puede tomar.

Celíaco/a  NO  SÍ

Diabético/a  NO  SÍ

Alergias alimentarias  NO  SÍ

Otras dietas especiales  NO  SÍ

**NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES** (hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.)

NO

SÍ. En este caso, especifique cuál o cuáles:

**LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA.**

NO (puede realizar cualquier actividad).

SÍ. Indique qué limitación tiene y su causa:

**OTROS DATOS DE INTERÉS** que desee constatar (puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio)

Nº de hojas adicionales:

**Los abajo firmantes:**

D./Dña.(\*) ..... , con DNI ..... (\*)

D./Dña.(\*) ..... , con DNI ..... (\*)

Como padres o tutores/as del menor, **AUTORIZAMOS** a los responsables de la actividad organizada por la Concejalía de Educación a adoptar, en caso de extrema gravedad, las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias según su buen criterio bajo la dirección facultativa pertinente y según las informaciones dadas en la ficha médica.

Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias de su hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

La firma de esta ficha supone la autorización para el tratamiento de los datos personales aportados en los términos indicados al final del documento, necesarios para la prestación del servicio solicitado.

Fecha(\*): \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor/a

Padre, madre, tutor/a

Fdo. (\*) \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

(\*) Datos de cumplimentación obligatoria

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONAL- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**

El responsable del tratamiento de los datos personales es el Ayuntamiento de Collado Mediano, con CIF P2804600A. **Contacto DPD:** [protecciondedatos@aytocoladomediano.es](mailto:protecciondedatos@aytocoladomediano.es) La **finalidad** para de los datos tratados es la gestión de fichas médicas. La **legitimación** para realizar dicho tratamiento está basada en el consentimiento expreso del interesado o de sus representantes legales, el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento y/o cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Los datos podrán ser cedidos y/o comunicados a las entidades públicas y/o privadas competentes e/o intervinientes en la materia, y en los supuestos previstos por la Ley. Los **Derechos** que el interesado ostenta consisten en: acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y (en su caso) retirada del consentimiento prestado. El modo de ejercer estos derechos se indica en la información adicional. Debe consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: [www.aytocoladomediano.es](http://www.aytocoladomediano.es)