

FICHA DE INSCRIPCIÓN



CENTRO JUNIORS: ÁGAPE

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE		APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	DNI
DIRECCIÓN		Nº	PTA.
C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	E-MAIL	

DATOS DE LOS PADRES / TUTORES

NOMBRE		APELLIDOS	
MOVIL		E-MAIL	DNI
NOMBRE		APELLIDOS	
MOVIL		E-MAIL	DNI

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

<p>+ LAS FOTOS REALIZADAS EN CUALQUIERA DE LAS ACTIVIDADES JUNIORS MD SERÁN COLGADAS EN NUESTRAS PÁGINAS WEBS, FACEBOOK, TIKTOK E INSTAGRAM.</p> <p>REDONDEA</p> <p style="text-align: center;">SÍ QUIERO QUE SE PUBLIQUEN LAS FOTOS EN LAS REDES SOCIALES VINCULADAS AL CENTRO JUNIORS NO QUIERO QUE SE PUBLIQUEN LAS FOTOS EN LAS REDES SOCIALES VINCULADAS A LA PARROQUIA</p> <p style="text-align: center;">Tened en cuenta que a la hora de hacer las fotografías de los diversos eventos, se tendrá en cuenta y se le apartará, se le dará la vuelta o se le difuminará la cara en las fotos grupales.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Junto a este impreso será necesario adjuntar la fotocopia del DNI del tutor arriba firmante.)</i></p>	<p style="text-align: center;">MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS</p> <p>D. / Dña. _____,</p> <p>Como madre/padre/tutor de _____</p> <p>DECLARO:</p> <p>1º.-Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.</p> <p>2º.- Que cedo al Centro Juniors (perteneciente a Juniors Moviment Diocesà) los derechos que tengo sobre la imagen del menor cuando esta se reproduzca en las fotografías y videos tomados en las actividades realizadas a través del Centro Juniors. En consecuencia, autorizo al Centro Juniors a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización. Tanto las fotografías como los videos podrán reproducirse en todo soporte e integrados en cualquier otro material conocidos o por conocer. Las fotografías y los videos tomados podrán explotarse en todo el mundo y en todos los ámbitos, directamente por el Centro Juniors o cedidas a terceros. Autorizo la utilización de la imagen del menor en todos los contextos relativos al Centro Juniors y a la parroquia. Se entiende que el Centro Juniors prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada del menor, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.</p> <p>De igual manera, la persona inscrita no está vinculada a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.</p> <p>3º.- Conocer que mis datos personales y los de mi representado legalmente, van a ser incorporados a un censo, propiedad de JUNIORS MOVIMENT DIOCESÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información del Centro Juniors, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiento expresamente.</p> <p>Que, en cualquier momento, podré ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando mi personalidad dirigido al Centro Juniors.</p> <p style="text-align: right;">_____, _____ de _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>
---	--



FICHA SANITARIA

FOTO

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APellidos		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO		ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO	CURSO JUNIORS ÁGAPE		
NOMBRE DEL PADRE /MADRE/ TUTOR		TELF.1		TELF.2	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO		RH		SEGURO AL QUE PERTENCE		NÚMERO DEL SEGURO / SIP	
ENFERMEDADES PASADAS <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> CARDIACAS <input type="checkbox"/> OTRAS: _____							
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CUÁL?			
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CUÁL?			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CUÁL?			
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CUÁL?			
¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CUÁL?			
OTRAS ALERGIAS				LLEVA LA CARTILLA DE VACUNACION AL DIA			

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

OBSERVACIONES	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS D. / Dña. _____ como madre/padre/tutor de _____ DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad. AUTORIZO: Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización. Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente, van a ser incorporados a un fichero, propiedad del Centro Juniors para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que usted consiente expresamente . En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al Centro Juniors. Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, al Centro Juniors con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. _____, _____ de _____ de _____ Firma: _____ DNI: _____
----------------------	---

JUNTO A ESTA HOJA SERÁ NECESARIO ADJUNTAR COPIA DE LA TARJETA SANITARIA Y/O SEGURO MÉDICO DE LA PERSONA PARTICIPANTE Y LA FOTOCOPIA DEL DNI DEL TUTOR ARRIBA FIRMANTE