

**Enviar a:**

Campamentos urbanos: [blanca.bondia@downmadrid.org](mailto:blanca.bondia@downmadrid.org)

*Una vez recibidas las inscripciones se confirmará plaza vía mail*

## DATOS DEL PARTICIPANTE

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| NOMBRE:   |  | APELLIDOS:                   |  |
| EDAD:   |  | GRUPO DE OCIO:               |  |
| NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR:                           |  | APELLIDOS PADRE/MADRE/TUTOR: |  |
| MÓVIL CONTACTO:                                     |  | MÓVIL EMERGENCIAS:           |  |
| MAIL PADRE/ MADRE/ TUTOR:                           |  |                              |  |
| ¿SOY COLABORADOR DE DOWN MADRID?:                   |  |                              |  |
| En caso afirmativo, ¿a qué otros programas asistes? |  |                              |  |

**Deseo inscribirme participar (marca indicando orden de preferencia)**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Campamento urbano Semana 1</b> Del 24 al 28 de junio |
| <input type="checkbox"/> | <b>Campamento urbano Semana 2</b> Del 1 al 5 de julio   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Campamento urbano Semana 3</b> Del 8 al 12 de julio  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Campamento urbano Semana 4</b> Del 15 al 19 de julio |
| <input type="checkbox"/> | <b>Campamento urbano Semana 5</b> Del 22 al 26 de julio |

**Cláusula informativa para Clientes / Participantes / Usuarios**

Los datos que Usted nos facilita son necesarios para la gestión y tramitación de la inscripción a Down Madrid, y el hecho de no facilitarlos supondría la imposibilidad de poder gestionar tal inscripción.

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la siguiente información para que conozca el tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:

**RESPONSABLE:** FUNDACIÓN SÍNDROME DE DOWN DE MADRID | **FINALIDAD PRINCIPAL:** Organizar, gestionar y desarrollar los tratamientos, programas y actividades a las que usted o su representado se inscribe, así como llevar a cabo, cuando corresponda, su alta como PAGADOR y la gestión del pago de las actividades correspondientes. | **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado/Ejecución de un contrato | **DESTINATARIOS:** Los datos del PAGADOR que usted nos ha facilitado podrán ser comunicados a la entidad financiera BANKIA para la gestión del cobro de las cantidades económicas correspondientes. Asimismo, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones impuestas por la legislación vigente, podremos poner a disposición de las autoridades competentes (Agencia Tributaria Estatal, Agencia Tributaria de la Comunidad de Madrid, Agencia Tributaria del Ayuntamiento de Madrid, Consejería de Políticas Sociales y Familia, Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, Consejería de Educación e Investigación de la Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid) información específica sobre su persona (Cliente y/o Participantes y/o Usuario y/o pagador), cuando dichas Autoridades así lo requieran. Igualmente, los datos de los participantes y, en su caso, de los sus representantes legales, podrán cederse a centros de salud, educativos y sociales, con la finalidad de poder prestar el tratamiento adecuado al usuario por parte de Down Madrid, coordinando la información y los objetivos de trabajo conjunto. La Fundación Síndrome de Down de Madrid no comunicará sus datos (salvo en los casos anteriormente descritos) a ningún tercero, salvo que se informe y se pida consentimiento de ello expresamente. | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad (<https://bit.ly/2MaHUI8>)

## DATOS DE INTERÉS

|  |                         |                             |                             |
|--|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Medicación a supervisar durante el campamento</b>   |                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Datos medicación</b><br><i>Atención, no se administrará medicación, sólo se supervisará</i> | <b>Mañana:</b><br>_____ |                             |                             |
|  | <b>Tarde:</b><br>_____  |                             |                             |
|  | <b>Noche:</b><br>_____  |                             |                             |
| <b>Otra medicación</b>   |                         |                             |                             |
| <b>Alergias e intolerancias</b>  |                         |                             |                             |
| <b>Dietas especiales</b>   |                         |                             |                             |

|                           |                               |  |                                 |  |
|---------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <b>Necesito apoyo en:</b> | BAÑO <input type="checkbox"/> |  | VESTIR <input type="checkbox"/> |  |
|---------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--|

|   |
|---|
| <b>¿Alguna otra información relevante? (Gustos, fobias, preferencias, etc.)</b> |
|   |

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
tutor/a de \_\_\_\_\_

Por la presente, doy mi consentimiento para participar en la actividad señalada arriba, que organiza Down Madrid. Hago constar que he recibido la información sobre el funcionamiento, los criterios y medios que se utilizan para su desarrollo. Así mismo, me responsabilizo de informar a los profesionales de los cambios que se produzcan en los datos aportados en esta ficha de inscripción, siendo mi responsabilidad comunicarlos a la mayor brevedad posible (especialmente, si están relacionados con la medicación) y aportando los documentos exigidos en la hoja de familias.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Firma Participante:

Firma padre/madre o tutor/a (en su caso):