



fecha:02/04/09 Edic:01

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

EDAD _____

Nº SEGURIDAD SOCIAL _____

OTROS SEGUROS (especificar) _____ Nº
PÓLIZA _____

TELÉFONOS PARA AVISOS
URGENTES _____

INFORMACIÓN MÉDICA

ENFERMEDADES PADECIDAS

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE? _____

¿CÚAL? _____

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN ESPECIAL? _____

¿CÚAL? _____

DOSIS

¿ESTÁ AL DÍA EN EL CALENDARIO DE
VACUNACIONES? _____ FALTA _____

¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN ESPECIAL DE COMIDAS? _____

INDICAR

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN
ALIMENTO? _____

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN
MEDICAMENTO? _____

ES PROPENSO A:

ANGINAS RESFRIADOS MAREOS DOLORES DE CABEZA ACETONA

BRONQUITIS HÍGADO INSOMNIO EUNERESIS NOCTURNA

OTROS _____

OBSERVACIONES



fecha:02/04/09 Edic:01



Don/Dña _____ con
DNI _____

Como padre/madre o tutor/a de _____
me comprometo a entregar al responsable de Dxt & Aventura S.L.U el informe médico y el tratamiento a seguir de mi hijo/a. También me comprometo a entregar la cartilla de la Seguridad Social o del correspondiente seguro médico. Y autorizo a tomar las medidas de emergencia que en su caso fuesen necesarias. Asimismo, en caso de estar mi hij@, sometido a algún tratamiento médico durante el Campamento, autorizo al equipo de Dxt & aventura S.L.U, a administrar la medicación pertinente.

FIRMA

En Huelva a _____ de _____ de _____

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que trataremos sus datos personales con la finalidad de realizar la **gestión administrativa, contable y fiscal derivada de nuestra relación comercial, así como enviarle comunicaciones comerciales sobre nuestros productos y/o servicios.**

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales.

Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal y **los trataremos en base a su consentimiento.**

Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer los siguientes derechos sobre sus datos personales: derecho de acceso, rectificación, supresión u olvido, limitación, oposición, portabilidad y a retirar el consentimiento prestado.

Para ello podrá enviar un email a: **camino@dxtaventura.com** o dirigir un escrito a DXT & AVENTURA, SLU MAESTRA MARIA DOLORES GALDAMEZ, 19 - 21120 - CORRALES - HUELVA

Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

La finalidad y uso previsto tanto de los datos en sí mismos como de su tratamiento, **es prestarle el servicio solicitado o entregarle el producto adquirido.** A continuación podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para poderle prestar el servicio, en el caso de NO marcar dichas casillas, no se podrá prestar/entregar el servicio/producto asociado.

Prestación del servicio contratado (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)



fecha:02/04/09 Edic:01

Envío del producto adquirido (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

Envío de ofertas de productos y servicios de su interés (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

Firma:

Fdo.-

Datos identificativos del responsable: DXT & AVENTURA, SLU, B21358346, MAESTRA MARIA DOLORES GALDAMEZ, 19 - 21120 - CORRALES - HUELVA, 959497066