

DATOS MÉDICOS		
NOMBRE	APELLIDOS	
D.N.I./N.I.E./Pasaporte	FECHA DE NACIMIENTO	Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO MÉDICO PRIVADO (EMPRESA Y Nº DE AFILIACIÓN)		GRUPO SANGUÍNEO

Responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Has tenido alguna enfermedad importante o te han operado de algo?
2. ¿Estás tomando algún medicamento o tienes que tomarlo durante el campamento?  
(Especificar)
3. ¿Necesitas seguir algún régimen especial durante el campamento?
4. ¿Tienes alguna alergia (penicilina, polen, animales,...)? Especificar cuáles y su intensidad.
5. Otras observaciones (¿sabes nadar?, otros, ...).

**EL EQUIPO MÉDICO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS CONSECUENCIAS DE CUALQUIER PATOLOGÍA NO COMUNICADA.**

Los datos personales recogidos serán tratados por el Ayuntamiento de Boadilla del Monte, responsable del tratamiento, para la gestión de su participación en \_\_\_\_\_. La base legal para el tratamiento de sus datos es su consentimiento. Sus datos serán comunicados a las diferentes empresas y administraciones públicas y colaboradoras, así como a las compañías aseguradoras y demás cesiones que se establezcan legalmente y se conservarán mientras dure la actividad / curso/taller, así como durante el plazo que pueda surgir una reclamación. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición y retirada del consentimiento a través del correo electrónico [privacidad@aytoboadilla.com](mailto:privacidad@aytoboadilla.com), así como remitiendo una comunicación a la C/ Juan Carlos I, nº 42, Boadilla del Monte, 28660 Madrid, España. Asimismo, podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) y/o dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPD) a través del correo electrónico [dpd@aytoboadilla.com](mailto:dpd@aytoboadilla.com).

Deseo recibir comunicaciones vía correo electrónico o SMS sobre las actividades del área de Juventud del Ayuntamiento de Boadilla del Monte.

He leído y acepto los términos y condiciones establecidas en la solicitud de inscripción en actividades.

Firma del alumno o de padre, madre o tutor legal en el caso de ser menor.

Boadilla del Monte, a ..... de ..... de 20.....