

Para completar la inscripción a los Sueños de Verano siga las siguientes instrucciones:

1. Rellene y firme:

- La autorización de participación en la actividad
- La ficha de salud (deberá adjuntar una copia impresa del HISTORIAL MÉDICO del participante)
- El certificado de vacunación del asistente
- La autorización para la administración de medicación

2. Una vez completada la documentación envíenos un mail con los documentos en adjunto a francesca@mardesomnis.org (si la actividad se realiza en Cataluña) y a karla@mardesomnis.org (si la actividad se realiza en Madrid).

3. Recuerde que el primer día de colonias deberá traer los documentos originales impresos y firmados con la tarjeta sanitaria del participante.

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD

Yo _____ con D.N.I.
n.º: _____ y como madre / padre/ tutor legal de
_____ le autorizo

a asistir a las colonias Sueños de Verano 20__ que organiza Mar de Somnis.

También lo autorizo a:

- Realizar actividades especiales fisicodeportivas
- Bañarse en piscinas públicas o privadas, ríos, embalses, lagos o el mar
- Que sea atendido por un médico en caso de enfermedad o accidente
- Usar un vehículo privado para el desplazamiento no urgente ni especializado, en el caso de necesitar atención médica

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del madre/padre/tutor legal

[1] En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 de 13 de diciembre y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre, le informamos que sus datos forman parte de un fichero automatizado titularidad de Associació Mar de Somnis con NIF G66058066 a fin de ser tratados, únicamente, en aras a la óptima consecución de las actividades organizadas por la Asociación y para mantenerle informado de nuestras actividades a través de nuestra web, blog, boletín y el conjunto de nuestros medios sociales. En cualquier momento Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a Rbla. Catalunya 52, Pral 2a de Barcelona. La suscripción del presente escrito conlleva la aceptación y la prestación del consentimiento expreso y explícito al acceso por cualquiera de los miembros de nuestro personal a los datos facilitados.

Ficha de salud

¿Padece alguna enfermedad aparte de la epilepsia? (alergia, asma, etc.)	
¿Tiene problemas de vista u oído? ¿Cuáles?	
¿Tiene alguna discapacidad?	
¿Tiene alguna dificultad motriz?	
¿Se fatiga fácilmente?	
¿Le angustia algún tipo de situación?	
¿Duerme bien? ¿Cuántas horas?	
¿Tiene problemas de enuresis?	
¿Come de todo? ¿Hay alguna cosa que no?	
¿Tiene intolerancia a algún alimento?	
¿Se marea con facilidad?	
¿Toma alguna medicación especial? ¿Cuál? <i>(en caso afirmativo, es necesario rellenar la hoja de autorización de medicamentos)</i>	
¿Sigue algún régimen especial? ¿Cuál?	
¿Utiliza plantillas u ortodoncia?	

Observaciones que nos quiera hacer saber:

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo _____ con
DNI _____ CERTIFICA que el participante
_____ está protegido con las
vacunas señaladas por la normativa vigente y que su estado de salud
es

Bueno Otro

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del madre/padre/tutor legal

[1] En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 de 13 de diciembre y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre, le informamos que sus datos forman parte de un fichero automatizado titularidad de Associació Mar de Somnis con NIF G66058066 a fin de ser tratados, únicamente, en aras a la óptima consecución de las actividades organizadas por la Asociación y para mantenerle informado de nuestras actividades a través de nuestra web, blog, boletín y el conjunto de nuestros medios sociales. En cualquier momento Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a Rbla. Catalunya 52, Pral 2a de Barcelona. La suscripción del presente escrito conlleva la aceptación y la prestación del consentimiento expreso y explícito al acceso por cualquiera de los miembros de nuestro personal a los datos facilitados.

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Hay que entregar esta autorización sólo en el caso de que el participante de la actividad tenga que tomar medicamentos. Tal y como se indica en la Normativa y Condiciones de Participación, para que un participante pueda tomar medicamentos es necesario que el padre/madre/tutor/a proporcione dicha autorización indicando el medicamento, la dosis y el horario en que se ha de administrar.

Si ahora mismo no está seguro de si el participante tiene que tomar medicamentos, puede devolvernos el documento en cualquier momento previo al inicio de la actividad o bien al Director / a de la actividad en el momento de inicio de esta.

Recordad que tendréis que entregar los medicamentos al equipo de monitores para que puedan disponer de ellos durante el desarrollo de la actividad.

Yo _____ con D.N.I. n.º: _____ y como madre / padre/ tutor legal de _____ autorizo a los responsables médicos de Mar de Somnis a administrar los medicamentos que siguen con las dosis que se especifican

(1)Nombre completo del medicamento. Especificando lo más exacto posible (2) Cantidad y dosis a administrar al día

MEDICACIÓN	DESAYUNO (dosis)	COMIDA (dosis)	CENA (dosis)	OBSERVACIONES

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del madre/padre/tutor legal

[1] En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 de 13 de diciembre y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre, le informamos que sus datos forman parte de un fichero automatizado titularidad de Associació Mar de Somnis con NIF G66058066 a fin de ser tratados, únicamente, en aras a la óptima consecución de las actividades organizadas por la Asociación y para mantenerle informado de nuestras actividades a través de nuestra web, blog, boletín y el conjunto de nuestros medios sociales. En cualquier momento Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación, mediante escrito dirigido a Rbla. Catalunya 52, Pral 2a de Barcelona. La suscripción del presente escrito conlleva la aceptación y la prestación del consentimiento expreso y explícito al acceso por cualquiera de los miembros de nuestro personal a los datos facilitados.