

INFORMACIÓN GENERAL

Durante el verano de 2024 el CT Guisando ofrece un CAMPAMENTO DE VERANO desde el 24 de junio hasta el 2 de agosto y desde el 26 de agosto hasta el 6 de septiembre. Está dirigido a chicos/as de entre 4 y 7 años y tendrá lugar de lunes a viernes en los horarios establecidos durante las fechas indicadas más adelante.

Se debe rellenar este formulario de inscripción, firmar todas las hojas y enviarlas a info@ctguisando.es

La plaza quedará reservada sólo con la confirmación del pago de la inscripción mediante transferencia en la siguiente cuenta bancaria:

LA CAIXA ES07 2100 5795 9202 0014 9224, indicando: **nombre** del alumno e **intervalo de tiempo en el que participa en el campamento**.

Las plazas se confirmarán por riguroso orden de pago

CAMPUS DE VERANO C.T.GUISANDO 2024

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

TARIFAS Y CONDICIONES

	<i>Opción 1</i>		<i>Opción 2 incluye comida</i>	
	9,00 - 14,00 NO INCLUYE COMIDA		9,00 - 16,00 INCLUYE COMIDA	
	SOCIO	NO SOCIO	SOCIO	NO SOCIO
1 semana	171	195	192	226
2 semanas	307	351	347	406
3 semanas	460	527	520	609
4 semanas	546	624	616	722
5 semanas	639	731	770	902
Día suelto	44	49	54	59

- Para aplicar el precio de socio se tiene que ser socio titular del club en el momento de la fecha del campamento.
- Todos aquellos que inscriban a 2 o más miembros de la misma familia tendrán un 5% de descuento sobre el producto contratado. Dicho descuento no se aplicará a las comidas.
- La baja injustificada a la asistencia a los campamentos (salvo lesión o enfermedad debidamente acreditadas) no da derecho alguno al reintegro de las fechas contratadas. Las faltas de asistencia a las actividades no suponen un derecho a recuperar los días perdido.

Cancelaciones: No se efectuarán devoluciones por la cancelación de la plaza si no es por una causa justificada grave, personal o familiar. La organización se reserva el derecho a cancelar la celebración del campamento en las semanas en las que no exista un mínimo de 6 inscritos.

MARCAR LA OPCIÓN ELEGIDA CON UNA X:

CAMPAMENTO DE VERANO								
OPCIONES	Semana 1 24 - 28 junio	Semana 2 1 - 5 julio	Semana 3 8 - 12 julio	Semana 4 15- 19 julio	Semana 5 22 - 26 julio	Semana 6 29 jul - 2 ago	Semana 7 26 ago- 30 ago	Semana 8 2 -6 septiembre
9.00-14.00								
9.00-16.00								

CAMPUS DE VERANO C.T.GUISANDO 2024

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: Nombre:

DNI: Fecha de nacimiento: / /

Dirección:

Código postal: Municipio:

Socio: Sí No

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:

Apellidos	Nombre	DNI	Teléfono	Correo electrónico

AUTORIZACIÓN

Yo Don/Doña, con DNI autorizo a que mi hijo asista al “Intensivo de Tenis del C.T. Guisando” y hago extensiva esta autorización a las decisiones médicas que fuesen necesarias adoptar, en caso de urgencia, bajo la adecuada dirección médica, renunciando expresamente a exigir responsabilidad alguna al C.T. Guisando, a Gestión Tenis Impactos SLU y a sus monitores por las lesiones que pudieran originarse en las prácticas desarrolladas en el curso, que asumo en su totalidad.

Con la firma de esta inscripción se aceptan cada una de las siguientes condiciones:

- Especificaré las alergias e intolerancias a alimentos, medicamentos, picaduras, etc.
- Autorizo a que todas las actividades se desarrollen dentro de las instalaciones del club de tenis Guisando.
- Autorizo al menor a participar en las actividades del campamento, que abonaré en el acto a fin de formalizar la reserva.
- Conozco y acepto las actividades a realizar durante este curso y acepto cualquier incidente derivado de la práctica dichas actividades.
- Autorizo a que el menor pueda ser fotografiado, grabado y entrevistado por los monitores como parte de los talleres deportivos desarrollados durante el curso.
- Autorizo a que (nombre y apellidos), con DNI recoja a mi hijo al finalizar el horario del curso, siempre dentro de las instalaciones del club. Si hubiera necesidad del algún cambio, habrá que avisar por escrito, firmando una nueva autorización que se puede enviar firmada a infoguisando@gmail.com o entregarla en mano a los monitores del curso intensivo.

_____ a __ de _____ de 2024

Fdo:

Información básica sobre protección de datos

De conformidad con la normativa vigente y aplicable en protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de GESTION TENIS IMPACTOS SLU con CIF B87611240 y domicilio social sito en PASEO DE VALDELASFUENTES 14, 28100 ALCOBENDAS y que a continuación se relacionan:

- **Finalidad:** Captación, registro y tratamiento de datos de los usuarios y/o alumnos para gestionar la inscripción y la participación a las actividades deportivas solicitadas
- **Plazo de conservación:** durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con la finalidad anteriormente mencionada.
- **Base legítima:** El consentimiento del interesado.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente y aplicable en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión (“derecho al olvido”), portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como la revocación del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico GESTIONTENISIMPACTOS@GMAIL.COM. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

Adicionalmente y en cumplimiento de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico, GESTION TENIS IMPACTOS SLU solicita su consentimiento expreso para que, pueda hacer uso de sus datos con el fin de enviarle información de las diferentes actividades deportivas que pudieran ser de su interés, por correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente.

- Acepto recibir información y/o acciones publicitarias
- No acepto recibir información y/o acciones publicitarias

GESTION TENIS IMPACTOS SLU informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos de las operaciones de tratamiento mencionadas anteriormente.

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

ANTECEDENTES PERSONALES:

¿Padece algún tipo de alergia? SÍ NO

En caso afirmativo, indique a qué:

¿Padece alguna enfermedad crónica? SÍ NO

En caso afirmativo, indique a qué:

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SÍ NO

En caso afirmativo, indique de qué:

En la actualidad, ¿precisa de alguna medicación o cuidado especial?

Otros datos que crea que debemos conocer sobre la salud de su hijo/a:

.....

.....

Autorizamos a Gestión Tennis Impactos SLU, para que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a la salud de nuestro hijo que ahora les facilitamos o que les facilitemos durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.

Autorizamos a Gestión Tennis Impactos SLU para que facilite nuestros datos de contacto (nombre y apellidos de los padres e hijo, fechas de nacimiento, dirección postal, email y teléfono) al centro médico de atención, a la correduría de seguros y a la compañía de seguros contratada en

caso de que nuestro hijo sufra algún accidente para su tratamiento. En caso de que sea necesario trasladar a vuestro hijo a un centro de atención sanitaria o administrarle cualquier medicamento, nos pondremos en contacto con vosotros para que recojáis a vuestro hijo.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ALUMNOS INDISPUESTOS:

Autorización para administrar antitérmicos/analgésicos y traslado a centro hospitalario

En caso de que sea necesario trasladar a vuestro hijo a un centro de atención sanitaria o administrarle cualquier medicamento, nos pondremos en contacto con vosotros para que recojáis a vuestro hijo.

En caso de que no podamos localizaros, os rogamos cumplimentéis la siguiente autorización:

Autorizamos a Fundación Gestión Tennis Impactos SLU para que, en caso de que sea necesario, pueda administrar antitérmicos (en caso de fiebre) y analgésicos (en caso de dolor leve o moderado) a nuestro hijo.

Paracetamol Dosis.....

Ibuprofeno Dosis.....

Autorizamos a Gestión Tennis Impactos SLU para que puedan trasladar a nuestro hijo a un centro hospitalario en caso de urgencia o necesidad.

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (Distintos de antitérmicos y analgésicos)

Para que el personal del CT Guisando pueda administrar medicamentos (distintos de antitérmicos y analgésicos) a su hijo, Vd. debe saber lo siguiente:

Cuando un alumno necesite tomar medicamentos en el Centro, se pedirá a los padres:

1) Receta Médica de persona autorizada (Médico de Familia, Odontólogo o Especialista) para medicinas controladas, o en su caso informe clínico firmado donde se exprese con claridad las dosis y el tiempo de tratamiento.

2) Autorización de los padres mediante el presente escrito.

3) El medicamento en el empaquetado original (no caducado).

En ningún caso se administrarán medicamentos por otra vía que no sea la vía oral (o inhalatoria siempre que el alumno esté entrenado por sus padres). En ningún caso se administrarán en el Centro fármacos sin receta o informe médico.

Los abajo firmantes autorizamos a Gestión Tenis Impactos SLU para que pueda administrar a nuestro hijo el siguiente medicamento de la manera recetada, y para que pueda comunicarse con la persona que recetó el medicamento si necesitara información adicional acerca del mismo. Eximimos al personal del CT Guisando de cualquier responsabilidad por administrar este medicamento en horario del campamento.

Entendemos que la información del medicamento puede ser compartida por el personal sanitario y docente que trabaja con nuestro hijo cuando sea necesario, así como con el personal del 112, en caso de que sean llamados. Entendemos que el medicamento podría no ser administrado por personal sanitario.

Medicamento:

Dosis:.....

Vía de administración:.....

Frecuencia:.....

Por cuánto tiempo:.....

(Dosis matinal mg. será administrada en el Centro, solamente si el alumno olvida tomársela en casa).

Para el tratamiento de:.....

CAMPUS DE VERANO C.T.GUISANDO 2024

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Efectos secundarios posibles:.....

Instrucciones especiales:.....

.....

.....

Último día que se le debe dar:.....

ALERGIAS a medicamentos:.....

El CT Guisando se reserva el derecho a no asumir la responsabilidad que implica aceptar compromisos de administración de medicamentos, si lo estima procedente.

De conformidad con todo lo anterior firmamos la presente autorización.

PERSONA/S DE CONTACTO EN CASO DE INCIDENTES Y/O URGENCIAS

(Especificar opciones y orden de preferencia)

Padre Madre Abuelos Otros

Firma del padre o tutor legal Firma de la madre o tutora legal

En Madrid, ade de 2024.

Firmado: Firmado: