

ESTA FICHA ES
PARA EL CENTRO

FICHA DE INSCRIPCIÓN



CENTRO JUNIORS: JUNIORS LA ASUNCIÓN

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE		APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
DIRECCIÓN		DNI	
C.P.		Nº	
MUNICIPIO		PTA.	
PROVINCIA			
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2	
E-MAIL			

DATOS DE LOS PADRES / TUTORES

NOMBRE		APELLIDOS	
MOVIL		E-MAIL	
DNI			
NOMBRE		APELLIDOS	
MOVIL		E-MAIL	
DNI			

LA CUOTA DE CURSO ES DE **45€** PARA EL PARTICIPANTE JUNIORS. CUBRE MATERIALES, SEGURO DE ACTIVIDADES, COSTE DE LA ACTIVIDAD... EN EL CASO DE HERMANOS, EL COSTE DE LA PRIMERA CUOTA SERÁ EL ESTABLECIDO, EL SIGUIENTE 5€ MENOS; EL 3º HERMANO 10€ MENOS Y ASÍ SUCESIVAMENTE.

EL CONCEPTO SERÁ **CURSO 25-26 + NOMBRE NIÑO/A**

SE HA DE INGRESAR EN LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA Y ENTREGAR EL JUSTIFICANTE DE PAGO:

ES51 3159 0063 5928 2482 1421

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. _____, Como madre/padre/tutor de _____

DECLARO:

1º.-Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.

2º.- Que cedo al Centro Juniors (perteneciente a Juniors Moviment Diocesà) los derechos que tengo sobre la imagen del menor cuando esta se reproduzca en las fotografías y videos tomados en las actividades realizadas a través del Centro Juniors. En consecuencia, autorizo al Centro Juniors a fijar, reproducir, comunicar y a modificar por todo medio técnico las fotografías y videos realizados en el marco de la presente autorización. Tanto las fotografías como los videos podrán reproducirse en todo soporte e integrados en cualquier otro material conocidos o por conocer. Las fotografías y los videos tomados podrán explotarse en todo el mundo y en todos los ámbitos, directamente por el Centro Juniors o cedidas a terceros. Autorizo la utilización de la imagen del menor en todos los contextos relativos al Centro Juniors y a la parroquia.

Se entiende que el Centro Juniors prohíbe expresamente, una explotación de las fotografías susceptibles de afectar a la vida privada del menor, y una difusión en todo soporte de carácter pornográfico, xenófobo, violento o ilícito.

De igual manera, la persona inscrita no está vinculada a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o su nombre.

3º.- Conocer que mis datos personales y los de mi representado legalmente, van a ser incorporados a un censo, propiedad de JUNIORS MOVIMENT DIOCESÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información del Centro Juniors, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que **consiento expresamente**.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos ARCO, además de derechos de transparencia de información, supresión, limitación y portabilidad, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al Centro Juniors.

Usted consiente expresamente conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, al Centro Juniors con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad

PERMITO EL USO Y REPRODUCCION DE IMÁGENES Y VÍDEOS DEL NIÑO/A MENCIONADO EN EL APARTADO ANTERIOR

SÍ NO

_____, _____ d _____ de 2025

Firma: _____

DNI: _____

(Junto a este impreso será necesario adjuntar la fotocopia del DNI del tutor arriba firmante.)

FICHA SANITARIA



DATOS DEL PARTICIPANTE

GRUPO SANGUÍNEO		RH		SEGURO AL QUE PERTENECE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
ENFERMEDADES PASADAS <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CARDIACAS <input type="checkbox"/> OTRAS: _____					
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
OTRAS ALERGIAS				HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE	
OTROS DATOS DE INTERÉS					

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. _____,
 como madre/padre/tutor de

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

- Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente, van a ser incorporados a un fichero, propiedad del Centro Juniors para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que **usted consiente expresamente**.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos ARCO, además de derechos de transparencia de información, supresión, limitación y portabilidad, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al Centro Juniors.

Usted consiente expresamente conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, al Centro Juniors con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

Declaro ser mayor de edad,

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante

ESTA FICHA ES PARA EL CENTRO	AUTORIZACIÓN PARA VOLVER SOLO/A A CASA						
ACTIVIDAD:	SÁBADOS CURSO 25-26						
D. / DÑA.					CON DNI		
EN CALIDAD DE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL				
AUTORIZO A					CON DNI		
A VOLVER SOLO/A A CASA							
ORGANIZADA POR EL CENTRO JUNIORS			LA ASUNCIÓN				
de la que conozco y acepto el programa de actividades previsto							
La persona firmante se hace cargo de toda la responsabilidad derivada de la vuelta a casa de su hijo/a solo/a.							
	En		, a		de	del	
Firma del representante legal,							