



Ayuntamiento de El Escorial
Concejalía de Juventud
C/ Carlos V 6-8 Telf. 918909171
juveescorial@aytoescorial.org

**CAMPAMENTO DE VERANO
ÁREA DE JUVENTUD
ESPOT "LÉRIDA" 2025**

foto

1. DATOS DEL USUARIO/A

NOMBRE		APELLIDOS	
NIF	DOMICILIO		
LOCALIDAD		CP	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TELF.	

2. DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

NOMBRE		APELLIDOS	
NIF	DOMICILIO		
LOCALIDAD		CP	
MAIL	TELF.		

De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, consiento que mis datos aquí, solicitados sean incluidos por el Ayuntamiento de La Leal Villa de El Escorial en un fichero automatizado del que es responsable Actividades de Juventud, y que tiene como finalidad la gestión de demandantes o solicitantes de actividades juveniles. Declaro estar informado/a de mis derechos de acceso, rectificación y oposición que podré ejercitar por escrito ante el Ayuntamiento de La Leal Villa de El Escorial en la dirección: Plaza España, 1 El Escorial 28280 Madrid, adjuntando fotocopia de mi DNI.

3. AUTORIZACIÓN

El padre, madre o tutor/a **AUTORIZA**

A la realización del campamento de **verano 2025**, organizado por la Concejalía de Juventud de El Escorial. Que tendrán como destino **ESPOT "LÉRIDA"** y que se realizará del 20 al 29 de Julio de 2025 (ambos inclusive).

Así mismo, autoriza también a la realización de las distintas actividades que se realizaran dentro del campamento y que el / la abajo firmante declara conocer.

El padre, madre o tutor/a **ACEPTA**

Que la conducta de su hijo/hija o tutorado/a que no se corresponda con las instrucciones de los/las monitores/as que le acompañan y produzcan daños materiales o puedan suponer delito, falta penal o Responsabilidad civil, generará Responsabilidades exclusivamente sobre el participante o la persona que ostente la patria potestad.

* Con motivo de la realización de actos o publicaciones por parte de la Concejalía de Juventud se solicita el consentimiento expreso de los padres o tutores para la realización y/o publicación de videos y/o fotos de los menores referentes a esta actividad. (Marque con una X).

☐

SI

☐

NO

Viene con algún amigo/a (Esta Información es útil para el reparto de habitaciones)

4. DATOS DE SALUD

En caso de emergencia contactar con	
1º	Tlf:
2º	Tlf:
3º	Tlf:

¿Tiene el calendario de vacunas al día? SI NO	Declaro que mi hijo/a no padece enfermedad infectocontagiosa ni ninguna otra que precise atención especial. ☐ SI DECLARO
Alergias, intolerancia alimentaria o dietas especiales Indicar alergias, grado y tratamiento.	¿Tiene cualquier otro tipo alergia?
¿Sigue algún tratamiento médico permanente?	¿Padece alguna enfermedad o lesión? Indicar
¿Sabe nadar? SI NO	En caso de dolor leve (cabeza, estómago...) ¿Qué medicamento toma habitualmente?
¿Tiene alguna enfermedad crónica? Indicar	Cualquier otro aspecto que considere necesario. Señalar

D./D^a, con número de DNI, como padre/madre/tutor (marcar lo que proceda), declaro que los datos aportados se ajustan a la realidad, lo que firmo para que conste a los efectos oportunos.

El Escorial a de de 2025

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/A