Madrid, a …………… de …………………. de 2016.

Yo, D/Dña.………………………..………………………………………………,con DNI……………………….., con domicilio en ………………………. ……………………………………… autorizo a mi hijo/a a participar en la actividad organizada por el AMPA del CEIP Loyola de Palacio y SECOE, y tengo el total conocimiento de las actividades que se van a realizar.

**ENTREGA DE INSCRIPCIONES:**

* S**e** entregarán EN MANO a la responsable del comedor, Loli Martínez, de **7:30 a 16:00** **del 14 AL 30 de Noviembre**.
* El 5 de Diciembre se publicará el listado de admitidos en el corcho del comedor y web del AMPA.
* El cobro se hará a través de domiciliación bancaria el 9 de Diciembre.
* Para la realización del campamento es necesario que haya un mínimo de 15 niños inscritos al campamento completo.
* No se entregará al participante a ninguna persona que no esté autorizada. Es imprescindible la presentación del documento de identidad para recoger a los participantes.
* Se adjudicarán las plazas por riguroso orden de inscripción.
* No se devolverá el importe por causas ajenas a la organización.

***Los alumnos del CEIP LOYOLA DE PALACIO tendrán prioridad siempre que se hayan inscrito dentro del plazo de inscripción. Habrá un aforo completo de 45 niños.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMICILIACIÓN BANCARIA:** **Nombre del Titular:**…………………………………………………………. **DNI:**…………………………………………..**Cuenta bancaria:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***SEPA:*** *mediante la firma de esta orden de domiciliación, el titular de la cuenta autoriza a SECOE S.L a enviar instrucciones a la entidad del titular para adeudar en cuenta y a la entidad para efectuarlos adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de SECOE S.L Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud del reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener más información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.* |
|  | **COSTE** | **HORARIO** | **MODALIDAD ELEGIDA (*marcar con una X)*** | **GRUPO MÍNIMO** |
| **OPCIÓN A** Campamento Completo Del 23 de Diciembre al 5 de Enero | 144 € | 09:00 - 16.00 h |  | 15 niñosinscritos |
| 21€ desayuno | 07:30 – 09:00 h |  |
| **OPCIÓN B**Del 23 al 30 de Diciembre | 92 € | 09:00 - 16.00 h |  |
| 14€ desayuno | 07:30 – 09:00 h |  |
| **OPCIÓN C**Del 27 al 30 de Diciembre | 72 € | 09:00 - 16.00 h |  |
| 11€ desayuno | 07:30 – 09:00 h |  |
| **OPCIÓN D**Del 2 al 5 de Enero | 72 € | 09:00 - 16.00 h |  |
| 11€ desayuno | 07:30 – 09:00 h |  |
| **OPCIÓN E**Día suelto | 20 € | 09:00 - 16.00 h |  | Día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3€ desayuno | 07:30 – 09:00 h |  | Día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
|  |
| Apellidos: |
| Nombre: |
| Fecha de nacimiento: Edad: |
| Dirección: Localidad: |
| Nombre del padre: Teléfono: |
| Nombre de la madre: Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Tiene seguro médico: SI □ NO □ ¿Cuál?:  |
| ¿Alergias o tratamientos médicos?(en caso afirmativo rellenar la ficha médica): SI □ NO □  |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES DE RECOGIDA** |
| Nombre de las personas autorizadas a recoger al alumno:  | DNI: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Firma del padre, madre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:*** *los datos recogidos en este documento se incorporan al fichero de datos de comensales/ inscripciones, que incluye los datos necesarios para la facturación de los servicios de alimentación y cuidado de los niños. Tendrán acceso a los datos incluidos en este fichero los profesionales de la empresa, las entidades bancarias a través de las que se realicen los pagos y las administraciones públicas relacionadas. Los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación podrán ejercitarse solicitándolo por escrito a: SECOE S.L C/ Playa de Benicasim, 9, Urb. Valdecabañas – Boadilla del Monte (28660 Madrid).*

|  |
| --- |
| **NO OLVIDE RELLENAR LA FICHA MÉDICA. ROGAMOS FACILITE A LA COORDINADORA DEL CAMPAMENTO UNA COPIA DEL INFORME MÉDICO EN CASO DE ALERGIAS O INTOLERANCIAS** |

|  |
| --- |
| **FICHA MÉDICA DEL ALUMNO** |

|  |
| --- |
| **ENFERMEDADES PADECIDAS O PROPENSIÓN A ELLAS** |
|  |
| ¿HA SIDO INTERVENIDO EN ALGUNA OCASIÓN?¿DE QUE? |
| GRUPO SANGUÍNEO: |

|  |
| --- |
| **REACCIONES ALÉRGICAS O MEDICAMENTOSAS**  |
| Antibióticos □ Sulfamidas □ Picaduras de insectos □ Plantas □Polvo □ Alimentos □ Otras (especificar):Especificar con claridad a qué: …………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| TRATAMIENTO EN CASO DE REACCIÓN:Firmar autorización en el caso en el que se precise: SI □ NO □ Llamar al padre/madre/tutor: …………………………………………………………………………….. Teléfono:…………………………………….. |

|  |
| --- |
| **MEDICACIÓN** |
| ¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? (Firmar autorización en el caso en el que se precise): |
| ¿PARA QUÉ? |
| ¿QUÉ MEDICACIÓN? |
| ¿CUÁL ES LA DOSIFICACIÓN? |

|  |
| --- |
| **VACUNAS Y REVACUNACIONES** |
| ¿TIENE PUESTAS TODAS LAS VACUNAS? (Sólo si se conoce con absoluta seguridad) |
| ¿HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ CON SUERO ANTITETÁNICO?¿Cuándo? (fecha exacta si se conoce? |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN** |

 La presente autorización solo será válida para la medicación y el tiempo indicados.

Es necesario aportar la prescripción médica correspondiente y rellenar completamente el presente documento con las indicaciones.

 En ningún caso, los monitores ni el personal de cocina se harán cargo de la administración de la medicación. Serán el Coordinador del Campamento y/o la Supervisora del mismo los responsables de la medicación. Por tanto, la medicación y la autorización se hará llegara los responsables del campamento.

 Los padres/tutores del alumno EXIMEN A SECOE S.L. DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y COMPLICACIÓN DERIVADA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO.

Yo, D/Dña ……………………………………………con DNI/NIE………………………………., como padre/madre/ tutor del alumno …………………………………………………………………. participante en el campamento urbano de navidad “Elmer el elefante de colores”, celebrado en el CEIP Loyola de Palacio **SOLICITO Y AUTORIZO** al Coordinador del campamento y/o a la Supervisora del mismo, a suministrar a mi hijo la siguiente medicación:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL MEDICAMENTO** |  |
| **FECHA DEL INICIO DEL TRATAMIENTO** |  |
| **FECHA DE FIN DEL TRATAMIENTO** |  |
| **POSOLOGÍA** |  |
| **HORARIO DE ADMINISTRACIÓN** |  |

 Firma del padre/madre/tutor

|  |
| --- |
| RECORDAMOS QUE ES IMPRESCINDIBLE APORTAR LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA/RECETA CORRESPONDIENTE. |

|  |
| --- |
| **ORGANIGRAMA GENERAL DEL CAMPAMENTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **07:30****9:00** | **LOS PRIMEROS DEL CAMPAMENTO****desayuno y acogida** |
| **9: 00****11:00** | **Asamblea del día** **Juegos dirigidos (distensión, cooperación, activación)** |
| **11:00****11:30** | **TENTEMPIÉ Y DESCANSO** **juego libre** |
| **11:30****13:00** | **Dinámicas grupales** |
| **13:00****14:30** | **COMIDA Y TIEMPO LIBRE** |
| **14:30****16:00** | **Talleres temáticos, juegos y deportes** |
| **16:00** | **SALIDA** |