



Ficha de inscripción
CAMPAMENTOS URBANOS INCLUSIVOS 2026

DATOS DEL NIÑO/A

Nombre y apellidos:
 Fecha de nacimiento: Edad: Curso:
 Nombre del padre madre o tutor:
 Dirección:.....
 Teléfonos de contacto: email:

Marcar con "X" la opción elegida:

Grupo: A (Edad: 6, 7 y 8 años) B (Edad: 9, 10 y 11 años)

Turnos	Cuota / Horario	
	10:00-14:00 h	09:30-14:30 h
1º: 29 junio - 3 julio	20,00 €	25,00 €
2º: 6 - 10 julio	20,00 €	25,00 €
3º: 13 - 17 julio	20,00 €	25,00 €
4º: 20 - 24 julio	20,00 €	25,00 €
5º: 27-31 julio	20,00 €	25,00 €
6º: 3 - 7 agosto	20,00 €	25,00 €
7º: 10 -14 agosto	20,00 €	25,00 €
8º: 17 - 21 agosto	20,00 €	25,00 €
9º: 24 - 28 agosto	20,00 €	25,00 €
Total de turnos:	Total de cuotas:	

AUTORIZACIÓN

D./Dña..... con DNI
 en calidad de..... del menor, AUTORIZO a que asista al Campamento Urbano,
 organizado por el Ayuntamiento de Valencia de Don Juan, a participar en todas las actividades
 programadas, así como en las actividades en las que sea necesario salir del aula.
 Asimismo, AUTORIZO NO AUTORIZO a la organización, a publicar imágenes donde
 pudiera aparecer el menor para la promoción del campamento, ya sea en edición impresa,
 digital, video, página web o su distribución entre los familiares de los asistentes.

En Valencia de Don Juan a dede 2026

Fdo:.....

El Ayuntamiento de Valencia de Don Juan, le informa que los datos de carácter personal que nos facilite a través de este medio, serán objeto de tratamiento en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar su participación en las actividades del programa "Campamentos urbanos 2026" y que sus datos podrán ser comunicados a la compañía de seguros u otras empresas contratadas para realizar la actividad. Podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiendo un escrito al Ayuntamiento de Valencia de Don Juan.



FICHA MÉDICA DEL NIÑO/A

¿Tiene algún tipo de alergia?

.....
.....

¿Padece o ha padecido recientemente alguna enfermedad?

.....
.....

¿Está tomando alguna medicación?

.....
.....

¿Tiene intolerancia a algún medicamento?

.....
.....

¿Tiene intolerancia alimentaria?

.....
.....

¿Tiene algún problema que le impida hacer ejercicio físico?

.....
.....

¿Ha tenido algún ataque epiléptico?

.....
.....

¿Sabe nadar?

.....
.....

Otras observaciones

.....
.....

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR (además del solicitante):

Nombre y apellidos:..... Parentesco:

Nombre y apellidos:..... Parentesco:

Nombre y apellidos:..... Parentesco: