



# INSCRIPCIÓN

## CAMPUS DE VERANO DE FÚTBOL

### DATOS PERSONALES DEL JUGADOR/A

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

### PERSONAS DE CONTACTO

Nombre y Apellidos	Parentesco	Teléfono

### ELECCIÓN SEMANA

SEMANA 1: del 28 de junio al 5 de julio

SEMANA 2: del 5 de julio al 12 de julio

SEMANA 3: del 12 de julio al 19 de julio

### ESPACIO RESERVADO PARA USO DEL CLUB

IMPORTE RESERVA	FECHA
IMPORTE 1º PAGO	FECHA
IMPORTE 2º PAGO	FECHA



## AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN

D./D. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, en calidad de Padre/Madre/Tutor del menor cuyos datos se han reseñado anteriormente, AUTORIZO la inscripción de aquél en la actividad "CAMPUS DE VERANO DE FÚTBOL" realizada por el Club Deportivo Elemental "Unión Deportiva Arroyofresno", ACEPTO y COMPRENDO los términos y condiciones del proceso de inscripción y realización de la actividad mencionada y ACEPTO las normas por las que se rige dicha actividad. Igualmente DECLARO que el menor mencionado no padece ninguna enfermedad que le impida el desarrollo normal de la actividad deportiva. Asimismo, ENTIENDO que la reserva de plaza que efectúo con la firma y pago del presente documento en ningún caso garantiza la consecución de la plaza en la actividad, ya que esto será decidido por la Dirección Deportiva del Club. Por último, DECLARO que todos los datos de esta inscripción son ciertos, no existiendo ni ocultando ningún dato que sea relevante para la inscripción del menor en la actividad.

**Firma:**

Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

## CLÁUSULA EN PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, sus datos personales serán tratados por U.D. ARROYOFRESNO con N.I.F.: G-87914859, con la finalidad de gestionar su inscripción como participante en la actividad "Torneo Benidorm Jugones Cup" realizada por el Club Deportivo Elemental "Unión Deportiva Arroyofresno" y en su caso, enviarle información relativa a los eventos, torneos, actividades y noticias relacionadas con el club y su actividad.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y demás derechos recogidos en la normativa mencionada, remitiendo una solicitud por escrito a la dirección: C/ Cerro Minguete, 156 – 28035 Madrid o al correo electrónico oficina.udarroyofresno@gmail.com, adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente. Puede solicitar información adicional acerca de cómo tratamos sus datos al correo electrónico arriba indicado. También existe una versión ampliada de esta información a su disposición en nuestras oficinas.

Asimismo, en cumplimiento de la normativa citada, es necesario marcar con una cruz las casillas de verificación. En el caso de que marquen el NO, entenderemos que no nos autoriza a dicho tratamiento.

- SI  / NO  AUTORIZO el uso de mis datos personales con la finalidad de recibir información relativa a la actividad del Club.
- SI  / NO  AUTORIZO al Club a la toma, publicación y difusión de mi imagen, en su página web y redes sociales. En el caso de personas menores de 14 años o incapaces, deberá otorgar su consentimiento el padre, madre o tutor del menor o incapaz\*.

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Firma\*:



## FICHA MÉDICA

Datos válidos y actualizados del 28 de junio al 5 de julio de 2026  
Toda la documentación será tratada de manera confidencial.

### DATOS PERSONALES DEL JUGADOR

<b>APELLIDOS</b>	
<b>NOMBRE</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO / EDAD</b>	

### DOCUMENTOS IMPRESCINDIBLES ADJUNTOS (marcar con una X los que se aportan)

<input type="checkbox"/>	TARJETA SANITARIA PÚBLICA	
<input type="checkbox"/>	TARJETA SANITARIA PRIVADA	COMPañÍA:
<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA INFORMES MÉDICOS (si los hubiera)	
<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA TRATAMIENTOS MÉDICOS (si los hubiera)	
<input type="checkbox"/>	DNI DEL JUGADOR/A ( <b>obligatorio</b> )	

### MEDICACIÓN

Si el menor está sometido a algún tratamiento médico que deba seguir durante la estancia y/o necesita medicación crónica, adjunte instrucciones de tratamiento (pautas y dosis), autorización e informe médico. El número de dosis que traiga debe ser suficiente para los días de la estancia, y contemplar posibles extravíos. Como consecuencia de la entrega, se autoriza implícitamente a administrar dicha medicación durante la estancia.

#### DOSIS POR DÍA

<b>Medicamento</b>	<i>Desayuno</i>	<i>Comida</i>	<i>Merienda</i>	<i>Cena</i>

### REACCIONES ALÉRGICAS: Rellenar sí o no

Indicar en caso afirmativo a que se tiene alergia y tipo de tratamiento:

		<b>ESPECIFIQUE</b>	<b>TRATAMIENTO</b>
NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<b>ALIMENTOS</b>		
NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<b>MEDICAMENTOS</b>		
NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/>	<b>OTROS</b>		



### OTROS CUIDADOS: Rellenar sí o no

Requiere atención nocturna especial: insomnio, enuresis, sonambulismo.

NO  / SÍ

Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente o a su carácter:

NO  / SÍ

Otros cuidados que deban conocer los responsables y que no estén recogidos en el formulario:

NO  / SÍ

### ADVERTENCIA

La falta de respuesta a algunos de estos apartados dará a entender que no existen problemas de salud. Al cumplimentar la ficha sanitaria, manifiesta que los datos expuestos son ciertos, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud del alumno o del resto de participantes, para el buen desarrollo de la actividad. No se admitirán fichas sanitarias que no estén firmadas de forma original.

### DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE DATOS

DECLARO, que todos los datos de esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

AUTORIZO y SOLICITO la administración de la medicación indicada, así como el desplazamiento a centros sanitarios en caso de ser necesario, y que, en caso de urgencia, el coordinador y responsable de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

NOMBRE Y APELLIDOS\* \_\_\_\_\_

Firma\*:

Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026