

AUTORIZACIÓN PROGRAMAS NATURÁVILA

DATOS DEL NIÑO/A			
Nombre y Apellidos:			
Colegio / Centro:		Curso:	
Población:		Edad:	

A rellenar por Naturávila.

DATOS DEL PADRE – MADRE Ó TUTOR LEGAL			
Nombre y Apellidos:			DNI:
Nombre y Apellidos:			DNI:
Teléfonos:			

D/DÑA: _____ con DNI Nº _____

Padre / Madre / Tutor legal, **AUTORIZO** a mi hijo/a:

: _____

A participar en las actividades previstas en NATURAVILA, del ____ al ____ de ____ de 20__

PERSONAS AUTORIZADAS POR LOS PADRES / TUTORES LEGALES DEL NIÑO/A:

Las personas abajo indicadas están debidamente autorizadas por los padres/tutores legales, para que:

1. La Entidad se ponga en contacto con ellos en el caso de que no se consiga establecer comunicación urgente con los padres/tutores legales.
2. Para la recogida del menor en las instalaciones de NATURAVILA, S.A al finalizar su jornada o actividad, en ausencia de los padres/tutores legales de niño/a.
3. Las personas abajo indicadas consienten expresamente el tratamiento de sus datos personales por NATURAVILA, S.A, para la finalidad señalada en el presente documento.

Persona de contacto:		DNI:	
Relación que guarda con el niño/a:		Teléfono:	

Persona de contacto:		DNI:	
Relación que guarda con el niño/a:		Teléfono:	

*** Es obligatorio que las personas autorizadas, firmen la presente hoja.**

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Firma:

Firma:

Firma:

Padre/Tutor

Madre/Tutora

*Persona/s autorizada/s

AUTORIZACIÓN PARA LA CAPTACIÓN, GRABACIÓN Y PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DE LOS NIÑOS/AS

En cumplimiento con lo establecido con el Reglamento General de Protección de Datos, (Reglamento UE 2016/679)

Don/Doña: _____, con DNI _____, como padre/madre o tutor del niño/a:

AUTORIZO a NATURAVILA, S.A para que obtenga y utilice imágenes del menor, relacionadas con las actividades organizadas por la Entidad y sean publicadas en la página web: www.naturavila.es , con fines educativos y de información.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma:

(Padre, madre, tutor legal)

DATOS RELATIVOS A LA SALUD DEL NIÑO/A

La familia deberá cumplimentar los datos que la Entidad deba conocer, con el objeto de que su hijo reciba la atención necesaria por parte de los profesionales del mismo.

En su caso, se deberá adjuntar el informe del profesional competente y autorizar expresamente al centro si pudiera ser necesario tener que realizar algún tipo de intervención o administrarle algún medicamento al menor durante el periodo de duración del CAMPAMENTO O ACTIVIDAD en la que esté participando, motivado por su estado de salud.

NOMBRE DEL NIÑO/A:	
ESTADO DE SALUD GENERAL:	
VACUNACIONES:	
(Adjuntar Cartilla de Vacunaciones o informe médico de las vacunas recibidas por el niño/a	
OBSERVACIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS: (Alergias, tratamientos médicos, etc.)	
ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO:	
DISCAPACIDADES FÍSICAS, PSÍQUICAS O SENSORIALES:	
OTROS DATOS DE INTERES:	
(Fobias, miedos, no sabe nadar, otros datos de salud relevantes)	

GRAPAR o PEGAR EN ESTA HOJA FOTOCOPIA TARJETA SEGURIDAD O SEGURO PRIVADO

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

DATOS DEL NIÑO/A	
Nombre y apellidos	
Colegio - Población	

DATOS DEL PADRE – MADRE Ó TUTOR LEGAL			
Nombre y apellidos:			
Dirección			
DNI:		TELÉFONO:	

D/Doña. _____ en mi calidad de padre / madre / tutor/a del niño/a arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, se proceda a la administración de la medicación descrita a continuación, por parte de su tutor/a o, en su caso, del profesional no sanitario bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

Asimismo, por la presente eximo a NATURAVILA, S.A y al personal que atendió a mi hijo/a de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a/tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme las correspondientes indicaciones.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma Padre/Madre/Tutor/a:
D/Doña. _____

NO SE ADMINISTRARA NINGUN TIPO DE MEDICACIÓN SIN AUTORIZACIÓN PREVIA

A) MEDICACIÓN CONTINUADA

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de: _____

Se adjunta receta o informe médico para conocimiento de la Entidad. (**ADJUNTAR RECETA**)

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento _____,
conforme a las indicaciones que se detallan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ a las ____ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica.
Horario de tomas:	
Requisitos de conservación del medicamento	

B) MEDICACIÓN EN SITUACIÓN PUNTUAL O ESTADOS DE CRISIS.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de:

_____ (alergia/asma/diabetes,epilepsia...).

Se adjunta informe médico para conocimiento de la Entidad.

Que como consecuencia de lo anterior, en determinadas ocasiones, al entrar en contacto con dicha sustancia, puede sufrir una crisis en su enfermedad que suponga un peligro real y grave para su salud.

Que en esta situación de crisis, necesita con carácter urgente la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

INFORMACIÓN PARA LAS FAMILIAS

1. La administración de medicamentos, por parte del personal de la Entidad, solo tendrá lugar en aquellos casos en los que resulte imprescindible suministrarlos durante la duración del CAMPAMENTO o ACTIVIDAD en la que esté participando, o en su caso, en horas en las que el menor permanece en las instalaciones de la Entidad.
2. El Personal de NATURAVILA, S.A. no sanitario administrara los medicamentos, siguiendo las indicaciones señaladas en la receta o informe médico, cuya copia deberá adjuntarse a la solicitud y autorización de administración del medicamento en cuestión, de la misma manera que haría el padre, madre o tutor.
3. Solamente se podrán administrar medicamentos que no requieran de preparación.
4. NATURAVILA, S.A. tratara la información medica facilitada, a los efectos señalados en la presente autorización, adoptando todas las medidas técnicas, organizativas y de seguridad tal y como establece el Reglamento general de Protección de Datos.

ADJUNTAR INFORMES MEDICOS SI FUESE NECESARIO

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	NATURAVILA, S.A CIF: A05156799 Ctra. Antigua de Cebreros Km. 3, 05004 de Ávila.
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	La finalidad es la adecuada organización y/o prestación y/o difusión de la oferta de actividades de la Entidad y servicios, así como la gestión económica y administrativa, lo que incluye la recogida y tratamiento de datos personales e información de datos de salud.
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	El fundamento para tratar sus datos personales es una relación contractual. La Entidad está legitimada a tratar los datos facilitados cuando sea necesario para el cumplimiento de la relación jurídica establecida con la firma de la presente autorización y de los servicios que se prestan.
DESTINATARIOS DE CESIONES O COMUNICACIONES	Los datos personales necesarios podrán ser comunicados a: <ul style="list-style-type: none"> • Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Servicios Sociales o Servicios Sanitarios, a la Administración de Justicia y a la Administración tributaria. • Empresas aseguradoras, en virtud de las obligaciones derivadas del presente convenio. • Empresas con las que el centro haya contratado la prestación de actividades y/o servicios complementarios, siempre que la familia haya solicitado previamente la inscripción de su hijo/a en alguna de las actividades y/o servicios ofertados por la Entidad. •
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	Los titulares de los datos tienen derecho a ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, cancelación, rectificación, oposición, limitación de tratamiento, portabilidad y olvido, según se explica en la información adicional. Para ejercitar sus derechos deberán dirigirse Responsable del Tratamiento, dirigir un escrito a la dirección anteriormente indicada y acompañar a su solicitud una copia de su DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Podrá consultar la política de protección de datos de formas más detallada en www.naturavila.es

TODA LA DOCUMENTACION DEBE IR DEBIDAMENTE GRAPADA

**Toda la documentación será remitida con 15 días de antelación a:
Dña. Maria Jesus Delgado Carretero, Coordinadora de Naturávila,
a la siguiente dirección:
Naturavila S.A. Ctra. Antigua de Cebreros Km 3. 05004 Ávila**

**NO OLVIDEN REVISAR Y CUMPLIMENTAR CORRECTAMENTE LA DOCUMENTACIÓN.
NO OLVIDEN FIRMAR LA AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACION EN LA ACTIVIDAD.**