

## CAMPAMENTO DE INTEGRACIÓN MENUDOS CORAZONES PARA MENORES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Por favor, indicar el campamento al que acudirá:

De 7 a 14 años

De 14 a 17 años

### FICHA DE INSCRIPCIÓN

Rogamos cumplimentes **todos los campos** de los documentos adjuntos y los remitas a la Fundación por correo electrónico a la siguiente dirección: [campamento@menudoscorazones.org](mailto:campamento@menudoscorazones.org)

#### También debes incluir:

- 1 fotografía del menor que asistirá al campamento
- Fotocopia de la tarjeta sanitaria
- Fotocopia del último informe cardiológico (en el caso de tener una cardiopatía)
- Fotocopia de la cartilla de vacunación (es imprescindible que se encuentre al corriente en el calendario de vacunación actual, incluida la vacuna del **tétanos**)
- Un electrocardiograma reciente (en el caso de tener una cardiopatía)

#### DATOS PERSONALES DEL MENOR

Nombre:

1º apellido:

2º apellido:

Fecha de nacimiento:

Número de la tarjeta sanitaria:

DNI/NIE:

Número de hermanos y hermanas:

Dirección postal:

Código postal:

Población:

Provincia:

Teléfono del domicilio familiar:

Otros teléfonos de contacto:

Si acude con algún menor acompañante, señala su nombre y sus apellidos a continuación:

## DATOS FAMILIARES

### 1. MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL

Nombre:

Apellidos:

Dirección postal:

Teléfonos de contacto:

Móvil:

Domicilio:

Trabajo:

Correo electrónico:

### 2. MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL

Nombre:

Apellidos:

Dirección postal:

Teléfonos de contacto:

Móvil:

Domicilio:

Trabajo:

Correo electrónico:

### 3. OTRA PERSONA DE CONTACTO

Nombre:

Apellidos:

Dirección postal:

Teléfonos de contacto:

Móvil:

Domicilio:

Trabajo:

Correo electrónico:

Parentesco:

### DATOS CLÍNICOS (1/2)

Los datos clínicos también deben estar completados. En caso de que el menor no tenga ninguna patología, por favor, indícalo en cada apartado con un "NO".

**Cardiopatía diagnosticada:**

**Otras patologías o síndromes:**

**Hospital de referencia:**

**Médico o médica que lo atiende:**

**Intervenciones realizadas:**

**Alergias e intolerancias:**

**Peso:**

**Medicación y pautas de administración:**    **SÍ**                    **NO**

| HORAS DEL DÍA                            | MEDICACIÓN | DOSIS |
|--|------------|-------|
| Antes del desayuno<br>(especificar hora) |            |       |
| Desayuno                                 |            |       |
| Comida                                   |            |       |
| Merienda                                 |            |       |
| Cena                                     |            |       |
| Otras horas<br>(especificar hora)        |            |       |
| Otras horas<br>(especificar hora)        |            |       |

## DATOS CLÍNICOS (2/2)

### ALIMENTACIÓN

¿Necesita seguir una dieta especial? De ser así, especifica cuál:

**Otras enfermedades y tratamientos:**

### ACTIVIDAD FÍSICA

¿Tiene alguna limitación específica?

**Otros (sonámbulo, enuresis...):**

¿Sabe nadar? SÍ NO

¿Tiene certificado de discapacidad? SÍ NO

**En el caso de tener certificado:**

Grado de discapacidad:

Tipo de discapacidad: Física intelectual psíquica orgánica sensorial

Temporal Permanente

## AUTORIZACIÓN 1/3

Autorizo a mi hijo/a..... a:

- Participar en las actividades que se lleven a cabo en el campamento de verano.
- Autorizo a la organización a trasladar a mi hijo/a, en caso de necesidad, al centro médico más cercano en el vehículo habilitado a tal efecto.

Firma de padre/madre/tutor:

Firma de padre/madre/tutor:

## AUTORIZACIÓN 2/3

Autorizo a la Fundación Menudos Corazones a que los datos de carácter personal recogidos en el presente formulario formen parte del fichero, titularidad de la Fundación Menudos Corazones, cuya finalidad principal es gestionar los servicios que la Fundación ofrece a las personas afectadas por una cardiopatía y a sus familiares. El tratamiento de los datos personales, en ningún caso supondrá una vulneración de los derechos al honor ni a la intimidad personal recogidos dentro del RGPD y solo podrán cederse a colaboradores y/o empresas prestatarias de servicios para el estricto cumplimiento de las finalidades descritas y/o para el cumplimiento de las obligaciones legales.

Al facilitarnos sus datos da su consentimiento expreso para dicho tratamiento. Ud. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación y/u oposición al tratamiento dirigiéndose a la Fundación Menudos Corazones, calle Doctor Castelo 49, 28009, Madrid o enviando un correo a [informacion@menudoscrazones.org](mailto:informacion@menudoscrazones.org)

Firma de padre/madre/tutor:

Firma de padre/madre/tutor:

## AUTORIZACIÓN 3/3

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO IMAGEN MENOR

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

y D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

como padre/madre/tutelado de \_\_\_\_\_

#### **AUTORIZO a la Fundación Menudos Corazones:**

A difundir las imágenes de mi hijo/hija/tutelado, que podrán ser utilizadas, mientras no solicite su supresión, para su publicación en los medios y soportes que la Fundación Menudos Corazones considere necesarios para sus fines a través de documentos institucionales, medios de comunicación, páginas web, vídeos, RRSS, folletos, guías, otras publicaciones y cartelería .

El objetivo de esta difusión será cualquier acción relacionada con su misión, sensibilización social sobre las cardiopatías congénitas, así como la difusión de los programas y de las actividades de Menudos Corazones y/o la captación de fondos para la entidad.

***La entidad se compromete a que la utilización de estas imágenes en ningún caso supondrá un daño a la honra e intimidad del menor, ni será contraria a los intereses de los menores, respetando la normativa en materia de protección de datos, imagen y protección jurídica del menor, Constitución Española, LO 1/982 de Protección Civil de Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, LO 1/996 de Protección del menor, Reglamento de Protección de Datos (RGPD) y LO de Protección de Datos y Garantías de Derechos Digitales y LO 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia.***

Al facilitar mis datos a la Fundación y, los del citado menor, como representante de ambos, doy mi consentimiento expreso para dicho tratamiento, sabiendo que puedo ejercer derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación y/u oposición al tratamiento dirigiéndome a la Fundación Menudos Corazones, calle Doctor Castelo 49, 28009 Madrid o enviando un correo a [informacion@menudoscrazones.org](mailto:informacion@menudoscrazones.org)

Y, para que así conste,

Firma del padre/madre/tutor

Firma del padre/madre/tutor

Nombre.....

Nombre.....

Firma del menor (solo si es mayor de 14 años)

En..... a ..... de ..... de .....