

CAMPAMENTO URBANO SONRISAS 2021

MARCA LAS INSTALACIONES DESEADAS:

- SRS LAS ROZAS:** C/ Dublín 39 L. Polígono Europolis.
- SRS MADRID:** Plz. de los Tres Olivos 15 posterior, esquina Ingenioso Hidalgo.

Datos del Participante

D/Dña , con DNI , mayor de edad, vecino/a de....., con domicilio en la calle..... número....., portal....., piso , letra....., código postal....., **AUTORIZA EXPRESAMENTE** a su/s hijo/a/s a participar en el "Campamento Urbano Sonrisas" que se llevará a cabo en los meses de Jun.- Jul. - Agust. - Sept.'21 en las instalaciones de Las Rozas y Tres Olivos y que organiza la **ASOCIACIÓN SONRISAS**, así como a los responsables del campamento para tomar decisiones sobre el menor en caso de que por causa de no contactar con los tutores, por la urgencia o la gravedad de la situación así se requiera y bajo la dirección de personal médico facultativo.

Datos de los padres:

Tel. casa: Tel. móvil:...../ e-mail:

- 1) Nombre y apellidos de los niño/a: F.N.: Edad:.....
- 2) Nombre y apellidos de los niño/a: F.N.: Edad:.....
- 3) Nombre y apellidos de los niño/a: F.N.: Edad:.....
- 4) Nombre y apellidos de los niño/a: F.N.: Edad:.....

* F.N.: Fecha de nacimiento

OPCIONES ACTIVIDADES DE VERANO

- **Días sueltos. Escribir fechas y horarios:**

- **En caso de necesitar campamento en el mes de Agosto, háznoslo saber. Escribir fechas y horarios:**

- **Marcar con una X la semana completa en la que participarán sus hij@s siendo los números (1, 2, 3, 4) el que corresponde con el nombre y apellidos del apartado DATOS DEL PARTICIPANTE:**

Opciones Camp. Urb. de Verano. Las Rozas / Tres Olivos. 2021.												
	08:00h A 09:00h				09:00h A 14:00h				14:00h A 17:00h			
Días Sultos: 23, 24, 25/06	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 1: 28 al 2/07	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 2: 5 al 9/07	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 3: 12 al 16/07	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 4: 19 al 23/07	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 5: 26 al 30/07	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CAMPAMENTO EN EL MES DE AGOSTO PENDIENTE DE LA DEMANA QUE HUBIERA AUNQUE LA INTENCIÓN ES CUBRIR EL MES COMPLETO.												
SEMANA 6: 23 al 27/08	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 7: 30 al 3/09	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 8: 6 al 10/09*	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

* Pdte. Calendario escolar Curso 21-22.

** Los 3 primeros días de Camp. que serían días sueltos, se cobrarán al mismo coste hora que los paquetes semanales.

No obstante para hacer 1 semana no tiene porque ser semanas reales, se pueden sumar 5 días sueltos.

El precio incluye: Instalaciones en Sonrisas, zonas verdes al aire libre en el Pinar o El Olivar, piscina, desayuno y comida según opción elegida, monitores titulados y monitores de apoyo (según necesidad) seguros de R.C tanto de niños como de monitores, botiquín de primeros auxilios, material específico para las actividades, elaboración del programa de actividad y coche de apoyo.

Ficha Sanitaria

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ANTIBIÓTICO O MEDICAMENTO? (1) ___ (2) ___ (3) ___ (4) ___

¿ALGÚN OTRO TIPO DE ALERGIA? (1) ___ (2) ___ (3) ___ (4) ___

¿DEBE SEGUIR ALGÚN TRATAMIENTO? (1) ___ (2) ___ (3) ___ (4) ___

¿DEBE SEGUIR ALGUNA DIETA ESPECIAL? (1) ___ (2) ___ (3) ___ (4) ___

¿SABE NADAR? (SI/NO) (1) ___ (2) ___ (3) ___ ¿SUFRE ASMA (SI/NO)? (1) ___ (2) ___ (3) ___ (4) ___

NÚMERO TARJETA SANITARIA: (1)
(2)
(3)
(4)

OTROS: (1)
(2)
(3)
(4)

*** Previo al inicio del campamento se remitirá un protocolo anti virus, así como una documentación que los pa/madres o tutor@s deberán firmar antes del inicio del mismo.**

Autorización y pago

Autorizo a mi hijo/a para que participe en todas las actividades del campamento urbano, así mismo autorizo al personal responsable de dicha actividad para que, en caso de accidente o enfermedad de mi hijo/a, actúen como mejor proceda utilizando en caso necesario el vehículo particular del equipo de monitores para el traslado a los centros sanitarios que corresponda.

Firma del padre, madre, o tutor/a - Conforme:

Abono total del importe al formalizar la inscripción en efectivo o mediante transferencia bancaria al siguiente nº de cuenta. Banco Sabadell: ES 67/ 0081/5338/36/0001077115. Concepto "Camp. Urb. LR + nombre y apellidos del niño@." Ó "Camp. Urb. 30 + nombre y apellidos del niño@."

Condiciones Generales

1. El participante se compromete a cumplir los **horarios y normativa** vigente en el programa, en caso de que su conducta alterase de forma grave el normal desarrollo del programa, **SONRISAS** se reserva el derecho a expulsar al participante, sin que tenga derecho a ninguna compensación económica.
2. **SONRISAS** se reserva el derecho de **suspender o modificar cualquier actividad o actividades** que forman el programa cuando concurren circunstancias que así lo aconsejen. Para que se desarrolle un programa, deberá haber, al menos, un grupo de 8 niños/as inscritos.
3. Se concede autorización expresa a **SONRISAS** para la utilización de **material fotográfico** este se remitirá exclusivamente a los tutores de los participantes inscritos. En caso de no querer que el participante aparezca en dicho material fotográfico deberá marcar esta casilla. **FOTOS:** **SI** _____ **NO** _____
4. Las anulaciones con un aviso mínimo de 10 días laborables antes del comienzo de cada programa tendrán un reembolso del 50%, tras esta fecha no se procederá a ninguna devolución. La no asistencia sin aviso no tendrá devolución alguna.
5. En caso de no querer recibir información de futuras actividades vía mail marque la siguiente casilla con una x.
No quiero recibir información vía mail de **SONRISAS**

De conformidad con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que sus datos personales van a ser incluidos en nuestro fichero con el fin de remitirle información sobre nuestras futuras actividades. Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne, recopilada en nuestro fichero de clientes, a rectificarla de ser errónea, o a cancelarla, así como a oponerse a su tratamiento. Para ejercer estos derechos puede dirigirse a **SCOTLIJ, SL**, SONRISAS CENTRO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE, C/Dublín 39 L (28232) Las Rozas, Madrid. De acuerdo con lo establecido en la Ley 34/2002, de 11 de Julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, el cliente autoriza a Sonrisas a enviar a su dirección de e-mail información sobre futuras actividades y utilizar imágenes de las actividades en las que participan los niños para gestiones internas y de usuarios. En cualquier momento podrá comunicar su deseo de dejar de recibir dichas comunicaciones.

ANEXO 1

DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO



Los padres o tutores de los participantes en cualquier actividad de ocio educativo infantil y juvenil deberán mostrar su aceptación, por escrito y de forma previa, de los siguientes requisitos de participación:

1. Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo.

- El participante no puede tomar parte en la actividad si presenta cualquier sintomatología (tos, fiebre, dificultad al respirar, etc.) que pudiera estar asociada con el COVID-19.
- El participante no puede tomar parte en la actividad si ha estado en contacto estrecho (convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos) o compartido espacio sin guardar la distancia interpersonal con una persona afectada por el COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 14 días. Durante ese periodo debe realizar un seguimiento por si aparecen signos de la enfermedad.
- El participante sí puede, pero no debería, tomar parte en la actividad si es vulnerable o convive con una persona que sea vulnerable por ser mayor de 60 años, estar diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, o por estar embarazada o por padecer afecciones médicas anteriores. Si opta por participar deberá dejar constancia del riesgo que corre él o sus familiares en el consentimiento informado.

2. Compromiso de comprobación diaria de estado de salud y de causa de ausencia.

- Los tutores legales de los participantes deberán comprobar diariamente su estado de salud antes de incorporarse a la actividad.
- Los participantes deberán notificar las causas de ausencia al monitor responsable de su grupo a través del móvil u otro medio.
- Si alguna persona involucrada en la actividad presenta sintomatología asociada con el COVID-19 no acudirá y contactará con el responsable de su actividad .

3. Aceptación del documento informativo para familias sobre medidas personales de higiene y prevención obligatorias.

4. Firma del consentimiento informado.

MODELO DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE OCIO EDUCATIVO JUVENIL

D/Dª con nº de DNI/NIE

actuando en nombre propio como padre/madre/tutor-a del interesado/a (menor de edad)

D/Dª con nº de DNI/NIE

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación: Si / No.

Si es que sí, especifique:

Entidad que desarrolla la actividad:

Actividad propuesta:

Fecha:

- Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el interesado) participe en las actividades de la organización expuesta, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19. (Márquese en lo que proceda).
- Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo.
- Declaro que el interesado cumple los requisitos de admisión establecidos en el documento de aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado, no siendo grupo de riesgo. Declaro que el interesado no convive con nadie que sea grupo de riesgo, o que, en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad.
- Me comprometo a comprobar diariamente el estado de salud de mi hijo/a, tutelado/a y, en su caso, a comunicar la causa de ausencia del interesado (a través de móvil u otro medio).
- Aceptación del documento de medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19.
- He leído y acepto los compromisos contenidos en el documento de información para familias sobre medidas personales de higiene y prevención obligatorias.
- Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad al COVID-19
- Declaro que he recibido y leído el Plan de adecuación de la actividad al COVID-19 de la entidad responsable de la actividad y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone.
- Declaro que he recibido y leído el protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio de la entidad responsable de la actividad.

Consentimiento informado sobre COVID-19.

Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy consciente de los riesgos que implica, para él mismo y para las personas que conviven con él, la participación del interesado en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

Firmado (padre, madre o tutor legal)

Madrid, a dede 2021