

FOTO

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Portal \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s) trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono(s) trabajo: \_\_\_\_\_

En caso de no localizar a los padres avisar a (indicar nombre y Telf.): \_\_\_\_\_

¿Ha estado antes en este campamento? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Ha estado antes en otros campamentos? \_\_\_\_\_

Médico remitente: \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

¿Envía copia del informe del alergólogo de menos de 1 año de antigüedad? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna diferencia entre el tratamiento prescrito en el informe y el que actualmente está tomando el niño? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún alimento o medicamento? Si/No Especificar cuáles:

Alimentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna otra enfermedad importante? \_\_\_\_\_

---

Si sigue algún tratamiento además del propio del asma. Indique dosis y vía administración.

---

Indique cualquier costumbre o hábito del niño/a que considere importante que conozcan los médicos o monitores (por ejemplo: trastornos del sueño, de conducta, no controla esfínteres, miedo, vómitos, no sabe nadar, etc...)

---

---

---

**FORMA DE PAGO**

Transferencia de 120 Euros a la Cuenta de Caja Madrid: 60 € para reserva de plaza y 60 €, 15 días antes del inicio del campamento.

**Entidad 2038 Oficina 9830 D.C. 40 Cuenta 3000256177**

ESTAS TRES HOJAS JUNTO CON FOTOCOPIA DEL RESGUARDO DE TRANSFERENCIA DONDE FIGURE EL NOMBRE DEL NIÑO/A SE ENVIARAN POR CORREO ORDINARIO ANTES DEL 30 DE JUNIO A LA DIRECCIÓN:

**ASOCIACIÓN ANDALUZA DE NINOS ASMÁTICOS Y ALÉRGICOS**

**C/ Algar Nº 18 11.500 El Puerto de Santa María (Cádiz)**

**Web: [www.acapna.com](http://www.acapna.com)**

**Tfno: 956.561.736 – 652.621.225**

**[acapna@gmail.com](mailto:acapna@gmail.com)**

**AUTORIZACIÓN PATERNA**

Yo, \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ en calidad de  
(Padre/ Madre/ Representante) Autorizo a mi hijo \_\_\_\_\_

a asistir al Campamento de verano organizado por la Asociación Andaluza de Niños Asmáticos y Alérgicos que se llevará a cabo en el mes de Agosto, autorizando a los responsables del mismo a tomar cualquier determinación en cuanto a su tratamiento. En caso de emergencia y no poder localizarme, autorizo a los médicos del campamento a tomar las decisiones pertinentes en bien de la salud de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma de los padres o tutores

**TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:**

Los datos que usted nos ha facilitado son estrictamente necesarios para poder inscribirse a la actividad que ha solicitado y recibir por parte de la Asociación Andaluza de niños asmáticos y alérgicos (en adelante ACAPNA) dicho servicio con las máximas garantías posibles y supone el consentimiento expreso para que los datos personales facilitados sean incorporados a ficheros de titularidad de ACAPNA con la finalidad de prestar el servicio/actividad solicitado en orden a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

ACPANA, como responsable del fichero, ha adoptado los niveles de seguridad adecuados a los datos que trata y almacena, incorporando todos los medios y medidas técnicas a su alcance para garantizar la confidencialidad de los datos, evitar su mal uso, pérdida, alteración, acceso no autorizado y robo de los mismos.

Le informamos que durante el desarrollo de las actividades del Campamento para Niños asmáticos y alérgicos organizado por ACAPNA se puede producir la filmación de las mismas, con objeto de su posible utilización con fines de difusión del campamento, respetando la privacidad y el anonimato, solicitándoles su autorización marcando la siguiente casilla.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito en el que acredite su personalidad dirigido a Asociación Andaluza de niños asmáticos y alérgicos y domiciliada en El Puerto de Santa María (Cádiz), C/ Algar Nº 18 –CP: 11.500, , o a través de la siguiente dirección: [acapna@gmail.com](mailto:acapna@gmail.com)

Ud., como solicitante garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual y permitan prestar el servicio con las máximas garantías posibles, y para que así conste he firmado el presente documento.

Firmado: