



COLEGIO APÓSTOL SANTIAGO Padres Somascos
C/Moreras, 217 28300 ARANJUEZ
Tfno. 918921200 – Fax 918921009
secretaria@cas-aranjuez.org www.cas-aranjuez.org

**SOLICITUD DE
INSCRIPCIÓN**

LOS DATOS DE ESTA ACTIVIDAD Y SU ORGANIZACIÓN BÁSICA NECESARIOS PARA LA SOLICITUD ESTÁN RECOGIDOS EN EL DOCUMENTO DE “**INFORMACIÓN GENERAL**” DEL 7º CAMPUS BASKET CASVILLA 2022

D/Dª _____, como padre/madre/tutor (señale lo que proceda),

He leído, estoy conforme y acepto las condiciones expuestas en el documento adjunto “**INFORMACIÓN GENERAL**” para la organización y gestión por parte del Colegio Apóstol Santiago y del Club Baloncesto Villa de Aranjuez de la actividad abajo seleccionada “**CAMPUS BASKET CASVILLA 2022**”, así como la información básica sobre protección de datos del Colegio Apóstol Santiago que figura en el reverso de esta página, y por lo tanto,

AUTORIZO a _____, nacido/a el ____ / ____ / ____,

a participar en la actividad(es) seleccionada(s):

Así mismo, me comprometo a: aceptar las normas de inscripción, a ingresar el importe total de la actividad seleccionada en la manera y plazo establecidos en el documento de Información General de la actividad, y a acatar la normativa del Centro relacionada con viajes y salidas (presente en el Plan de Convivencia).

CAMPUS BASKET CASVILLA 2022

(Marcar con una X la semana o semanas elegidas)

1ª Semana (del 27 de junio al 2 de julio)

2ª Semana (del 4 al 9 de julio)

Personas AUTORIZADAS a recoger al menor (en caso de no ser el padre, madre o tutor legal):

Teléfono(s) de contacto:

E-mail(s):

CUENTA BANCARIA: _____ (Solo en el caso de NO tener la cuenta en el Colegio)

PROTECCIÓN DE DATOS. Según la Política de Privacidad del Colegio Apóstol Santiago atendiendo al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea y a la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), la Dirección del Colegio Apóstol Santiago solicita su permiso para la conservación y el tratamiento de los datos aquí expresados para la adecuada gestión de esta actividad seleccionada y autorizada a través de su firma, así como para la cesión de los datos necesarios a las entidades o personas que desarrollan estos servicios, según las condiciones informadas en el reverso de esta hoja.

Sí, doy mi consentimiento expreso para la cesión de los datos médicos necesarios a las entidades o personas responsables del desarrollo y gestión de la actividad seleccionada, así como para recibir la información o comunicaciones necesarias a través de los medios de comunicación arriba indicados (teléfono o correo electrónico), exclusivamente con fines del adecuado desarrollo de esta actividad y la atención adecuada a mi representado.

TOMA DE IMÁGENES. Además, solicita su permiso para que aparezca su hijo/a/representado, conforme a la siguiente autorización, para que esta entidad pueda fijar la imagen de su hijo, especialmente mediante fotografías o vídeos que puedan realizarse durante la actividad arriba descrita, según las condiciones informadas en el reverso de esta hoja.

Sí, doy mi consentimiento expreso para que mi hijo/a/representado sea fotografiado por el Colegio Apóstol Santiago y las fotos sean utilizadas con fines de difusión y comunicación de la labor del Centro y de esta actividad.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
El padre, madre, tutor o tutora del menor (nombre, apellido y firma)

● **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

La información más relevante en materia de protección de datos la puede consultar en la siguiente tabla, además de en el correspondiente apartado del documento de la matrícula. En caso de que quiera obtener más información, puede hacerlo en el enlace que le viene en la propia tabla o si lo desea, enviando un correo electrónico (secretaria@cas-aranjuez.org).

Responsable del fichero	Colegio Apóstol Santiago
Finalidad	Gestionar la actividad indicada en este documento en la que participa su hijo/a/representado. La adecuada atención educativa propia de la actividad extraescolar seleccionada y autorizada.
Legitimación	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que usted es parte o para la aplicación a petición de usted de medidas precontractuales y/o consentimiento expreso. En el caso de ser necesaria la atención sanitaria, para el cumplimiento de la prestación asistencial solicitada y autorizada, para las tareas administrativas derivadas de los mismos y el seguimiento de los tratamientos realizados.
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> Colegio Apóstol Santiago. Seguro privado de Accidentes: Mutua General de Seguros (MGS Seguros) y Clínica ATLAS. Equipo educativo que desarrolla la actividad, del Club Baloncesto Villa de Aranjuez: responsables, coordinadores, entrenadores, monitores, etc. Personal de cocina y comedor en el desarrollo de la actividad. Personal para la atención sanitaria en el desarrollo de la actividad. <p>NOTA.- Cada una de las empresas o entidades así como los profesionales aquí indicados desarrollan su propia política de privacidad de datos, a través de sus correspondientes responsables. Salvo a las entidades o personas aquí indicadas para la gestión y desarrollo del servicio correspondiente, no se cederán sus datos de carácter personal, salvo obligación legal.</p>
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos así como otros derechos que puede consultar en la Información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre la Política de Privacidad de Protección de Datos en la página web del centro (www.cas-aranjuez.org), cuyo contenido se irá actualizando periódicamente: http://www.cas-aranjuez.org/wpcas/proteccion-de-datos/

● **Autorización informada para el uso de datos e imágenes personales tomadas en el desarrollo de la actividad indicada, seleccionada y autorizada en este documento**

En su calidad de representantes legales del menor escolarizado en el centro, con su firma y marcando la casilla de consentimiento expreso conforme a lo exigido por el Reglamento Europeo de Protección de Datos, autoriza para la realización y uso de fotografías en las que su hijo/a/representado salga para la difusión, con fines legítimos, buena fe y de manera adecuada y proporcionada, de la imagen por parte del Centro, en lo relacionado con la actividad seleccionada indicada en este documento. La publicación de las imágenes puede realizarse en los siguientes medios: página web del centro; publicaciones del centro en papel y en formato digital, incluidas las entradas oficiales del Colegio Apóstol Santiago en la red social de Facebook y/o Twitter; documentos informativos de las actividades indicadas, como cartas de servicios, trípticos informativos, carteles, promocionales de actividades y Agenda Escolar.

Por favor, marque la casilla porque, si no, su hijo puede quedar excluido de las imágenes que se realicen en el desarrollo de esta actividad. La no autorización por su parte será tenida en cuenta por el centro a efectos de evitar en lo posible recopilar datos del menor como pueden ser la toma de imágenes del alumno/a. En todo caso, habiendo sido tomada dicha imagen a través de fotografía, video o cualquier otro medio de captación se procederá a distorsionar sus rasgos diferenciadores, sobre todo cuando en la foto concurre su imagen con la de otros compañeros cuyos padres sí hayan autorizado, en los términos aquí previstos, al uso, tratamiento y cesión de su imagen.

Le recordamos que, en todo caso, el Colegio Apóstol Santiago respeta profundamente el derecho a la intimidad, propia imagen y protección de datos de los menores por lo que las fotografías que se harán no se utilizarán con fines comerciales ni ilícitos sino con fines de difusión de las actividades y buen hacer del Centro.

INFORMACIÓN MÉDICA	SI ES NECESARIA INFORMACIÓN MÉDICA...
	<p>Datos MÉDICOS relevantes del participante a tener en cuenta para su adecuada atención en el desarrollo de la actividad seleccionada (alergias, intolerancias alimentarias, medicación, etc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> Cumplimentar debidamente la ficha médica adjunta, expresando además explícitamente el consentimiento para la gestión de la información médica de carácter personal del menor en el desarrollo de la actividad seleccionada recogida en el reverso de la ficha según la política de privacidad de datos de este centro. Adjuntar fotocopia de informe médico o escrito adjunto solo si es necesario. La solicitud y autorización para administración de medicamentos según prescripción médica debe entregarse previamente en la Secretaría del Centro, entregando la medicación al responsable de la actividad seleccionada según las indicaciones recogidas en la ficha médica adjunta. En caso de necesidad, la ficha y medicación deberán ser entregadas en mano al responsable de la actividad seleccionada.