



Pre-inscripción
Campamento Diabetes
SARVISÉ 2026

DATOS DEL INTERESADO

Nombre y apellidos:		
Nº DNI (Si tiene):	Fecha Nacimiento:	
Domicilio:	Nº:	Piso:
Código Postal:	Ciudad:	Provincia:

DATOS FAMILIARES

DATOS PADRE/MADRE	DATOS PADRE/MADRE
Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos:
DNI:	DNI:
Fijo/Móvil:	Fijo/Móvil:
E-mail:	E-mail:
Situación familiar: <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Custodia legal durante el campamento (en caso de separación): <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Otorgada a: _____	

DATOS ADICIONALES

Fecha de debut en diabetes:	Año: 2022 Lugar: Pinarillos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha asistido a alguno de estos campamentos organizados por DZ?	Año: 2023 Lugar: Sarvisé <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Año: 2024 Lugar: Pinarillos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Año: 2025 Lugar: Moncayo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha asistido a algún otro campamento para niños con diabetes?	Año: ____ Lugar: _____
¿Pertenece a alguna Asociación de Diabetes?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____
¿Tiene facilidad de mareo en viajes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene enuresis nocturna? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES
¿Sabe nadar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Alguna otra información relevante?
¿Miedo a las alturas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Algún otro miedo/fobia?	

LUGAR DE RECOGIDA Y LLEGADA

SALIDA: <input type="checkbox"/> Zaragoza <input type="checkbox"/> Huesca <input type="checkbox"/> Albergue	LLEGADA: <input type="checkbox"/> Zaragoza <input type="checkbox"/> Huesca <input type="checkbox"/> Albergue
---	--

CONTACTO

Si tenéis alguna duda o comentario que hacernos podéis escribir a: campamento@diabeteszaragoza.org

PROTECCIÓN DE DATOS

D./Doña. _____ en calidad de madre/padre/tutor/tutora y, D./Doña. _____ en calidad de madre/padre/tutor/tutora manifiestan que no ocultan datos referentes al menor que pudiesen afectar su normal participación en el campamento, así como la veracidad de los datos consignados en este impreso.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*.- *Responsable* ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. ***Finalidad*** Gestionar y tramitar su solicitud de preinscripción en los campamentos de la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. Envíos de información (medios postales y electrónicos o medios análogos) sobre eventos, actividades y servicios de la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. ***Legitimación*** Consentimiento del interesado o su representante legal. ***Destinatarios*** Los datos personales que usted ha facilitado tienen como destinatario a ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA. No se prevén cesiones de datos, ni transferencia internacional de sus datos personales. ***Derechos*** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, contactando con ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA C/ Riglos, 6, local izquierda, Casablanca, 50012 Zaragoza, asociacion@diabeteszaragoza.org ***Información Adicional*** Puede consultar la ***INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*** en Puede consultar la ***INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*** en: www.infoprotecciondatos.eu/p43892018

El/la interesado/a o su representante legal reconoce la recepción de esta información procedente de ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA.

El/la interesado/a o su representante legal AUTORIZO/A NO AUTORIZO/A el tratamiento de datos recogidos en la "FICHA MÉDICA CAMPAMENTO DIABETES" (alergias, intolerancias alimentarias, enfermedades, medicación, etc.), por parte de la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA, con el fin de prestarle el mejor servicio posible. La negativa a autorizar dicho tratamiento puede suponer la imposibilidad de prestar el servicio por usted demandado, o deficiencias en el mismo del que la ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA no se hace responsable.

El/la interesado/a o su representante legal AUTORIZO/A NO AUTORIZO/A el tratamiento de mis datos de contacto para envío de información acerca de actividades, eventos y servicios ofertados por ASOCIACIÓN PARA LA DIABETES DE ZARAGOZA (incluido cualquier medio electrónico o análogo).

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

