

Organización: **COCEMFE CASTELLÓN**  
NIF: **G12206017**  
Dirección: **Calle Obispo Salinas, nº 14 | 12003 Castellón**  
Teléfono de contacto: **627333297**  
Email de contacto: **joseantonio.galocha@cocemfecs.org**

## **IMPRESO DE CONSENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS PARA VIAJES DE DEPORTISTAS MENORES DE EDAD**

### **DATOS DEL VIAJE**

MOTIVO DEL VIAJE / DESTINO: \_\_\_\_\_

FECHAS: Salida: \_\_\_\_\_ | Regreso: \_\_\_\_\_ | Duración: \_\_\_\_\_ días/noches

ALOJAMIENTO: Municipio: \_\_\_\_\_ | Hotel/Instalación: \_\_\_\_\_

### **DATOS DE LA FAMILIA**

Nombre del padre, madre, o tutor/a: \_\_\_\_\_

Documento de identidad (DNI/NIE): \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL DEPORTISTA MENOR DE EDAD**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Documento de identidad (DNI/NIE): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Categoría/Equipo: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A**

Manifiesto que:

- Estoy de acuerdo con que mi hijo/a participe en esta actividad deportiva.
- He sido informado/a adecuadamente sobre la actividad, horarios, itinerarios, alojamiento y personas adultas a cargo de la seguridad de mi hijo/a.
- Mi hijo/a y yo hemos recibido información acerca del/de la delegado/a de protección a el/la que tendremos que acudir en caso de surgir alguna duda o problema durante el viaje.
- He sido informado/a adecuadamente sobre las reglas de comunicación con mi hijo/a durante su ausencia (horarios y medios que podemos utilizar para comunicarnos).

He contestado a las preguntas relativas a la información médica requerida y doy mi consentimiento para que, en caso de enfermedad o accidente, se aplique el tratamiento necesario a mi hijo/a (incluida administración de analgésicos u otros medicamentos necesarios autorizados).

Entiendo que las personas responsables de la expedición adoptarán todas las medidas a su alcance para prevenir daños o accidentes. No obstante, estas personas no serán necesariamente responsables de una pérdida, daño o accidente causado a mi hijo/a, siempre que actúen con la debida diligencia.

He leído los Códigos de Conducta de COCEMFE CASTELLÓN y reconozco que mi hijo/a debe comportarse de forma responsable, respetando las normas y a los demás integrantes del grupo.

Autorizo a que se realicen fotograf-ías/vídeos de mi hijo/a durante el viaje únicamente para uso interno y de documentación de la entidad (no publicación en redes sociales u otros medios sin consentimiento previo expreso).

## INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Alergias

(especificar: medicamentos, alimentos, otros)

---

Medicación habitual o periódica

(especificar: medicamento, dosis, horario)

---

Problemas de salud relevantes

(asma, diabetes, epilepsia, etc.)

---

Necesidades especiales

(incluida movilidad, accesibilidad, apoyo especializado)

---

Contacto médico de referencia (en caso de emergencia)

Médico de familia / Centro de salud: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro médico (si existe fuera de la sanidad pública): \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN Y CONFORMIDAD

Confirmando que, de acuerdo a la información de la que dispongo, mi hijo/a no presenta ninguna necesidad médica, de salud o especial además de las señaladas en la sección anterior de este documento.

En caso de que se produzca algún cambio en relación con esta materia (nuevas alergias, medicación, problemas de salud), me comprometo a informar a COCEMFE CASTELLÓN a la mayor brevedad posible, preferentemente antes de la fecha de inicio del viaje.

## FIRMA Y AUTORIZACIÓN

Entendido todo lo anterior y siendo consciente de mis obligaciones y derechos como padre, madre o tutor/a legal del menor, **\*\*otorgo mi consentimiento\*\*** para la participación de mi hijo/a en el viaje organizado por COCEMFE CASTELLÓN, bajo las condiciones y medidas de protección establecidas por la entidad.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor/a: \_\_\_\_\_

Nombre completo (letra legible): \_\_\_\_\_

## DATOS DE CONTACTO DE PROTECCIÓN

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), le informamos de que los datos personales y la dirección de correo electrónico del interesado, se tratarán bajo la responsabilidad de FEDERACIÓN PROVINCIAL DE PERSONAS DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA- COCEMFE CASTELLÓ por un interés legítimo y para el envío de comunicaciones sobre nuestros productos y servicios, y se conservarán mientras ninguna de las partes se oponga a ello. Los datos no se comunicarán a terceros, salvo obligación legal. Le informamos de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose al DPO/DPD en CL. OBISPO SALINAS, 14 - 12003 CASTELLÓN DE LA PLANA (Castelló). E-mail: [protecciondatos@cocemfecs.org](mailto:protecciondatos@cocemfecs.org). Si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control en [www.aepd.es](http://www.aepd.es) \*\*Persona delegada de Protección de COCEMFE CASTELLÓN: