

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y nombre del menor: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____

Nacionalidad: _____ DNI/Pasaporte: _____ Teléfono: _____

Madre/Tutora: _____

Nacionalidad: _____ DNI/Pasaporte: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Código/Localidad: _____

Teléfonos de contacto: _____

e-mail: _____

Persona autorizada para recoger al menor: _____

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

Fecha de la actividad: _____ Desayuno Actividad Comedor Horario Ampliado tarde

Fecha de la actividad: _____ Desayuno Actividad Comedor Horario Ampliado tarde

Fecha de la actividad: _____ Desayuno Actividad Comedor Horario Ampliado tarde

(Entrada flexible de 7:30 a 9:30. Desayuno 8:00 (opcional) Salida: 14:00 Sin comedor / 17:00 Con comedor / 19:00 Horario ampliado)

Precios: Desayuno (opcional) 1,11€ Actividad SIN comedor: 10,54€ Actividad CON comedor: 15,03€ CON horario ampliado: 18,09€

Especificar horario aproximado de entrada y salida: de _____ a _____

DATOS MÉDICOS

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Está al corriente del calendario de vacunaciones? Fecha de la última vacuna antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Padece alergia o intolerancia alimenticia? (Especificar si sigue alguna dieta o tratamiento médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha padecido alguna enfermedad infecto-contagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha de seguir algún tratamiento o atención médica? (Indicar causa, fármaco, dosis...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*En el caso de alergias (polen, picaduras, etc...) enfermedad o algún dato de interés, adjuntar nota informativa de los padres y/o informe médico. Cuando el menor siga tratamiento médico deberá aportar el informe médico indicando la pauta de administración de la medicación, así como autorización expresa del padre/madre/tutor/a, en el caso que requiera de la colaboración y/o supervisión de los monitores para la administración del fármaco. La organización no se hace responsable de las consecuencias de cualquier patología no comunicada.

OTROS DATOS DE INTERES

¿Está escolarizado en un centro de Educación Especial? _____ ¿en cuál? _____

¿Tiene reconocida Dependencia y/o calificación de Discapacidad? ___ Indicar el grado: _____

(Presentar el certificado correspondiente)

PAGO DE LA ACTIVIDAD

Forma de pago: Transferencia bancaria en **BANCO SANTANDER ES96 0049 5182 08 2110010339**

Importe total: _____ €

Firma del solicitante,

Las Rozas de Madrid, a _____ de _____ de 20____

AL REALIZAR LA INSCRIPCIÓN HE LEÍDO Y ACEPTO QUE:

- Conozco la oferta municipal de Días sin Cole, detallada en la página web del Ayuntamiento de las Rozas, incluyendo sus diferentes opciones (modalidad, fechas, precios, etc.) así como el proceso de inscripción (plazos, condiciones y requisitos)
- La plaza quedará definitivamente reservada con la remisión de esta solicitud junto con el justificante del pago realizado, a inscripciones.familia@lasrozas.es
Si no tienen la posibilidad de escanear la HOJA DE INSCRIPCIÓN cumplimentada para enviarla por correo, también pueden entregarla en Administración- Recepción del Centro Municipal "El Abajón" de 8 a 21 h. de lunes a viernes.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y su normativa de desarrollo, se informa de que los datos personales proporcionados en el presente formulario y la documentación solicitada serán incorporados a un fichero propiedad del Ayuntamiento de Las Rozas, con la finalidad de gestionar la inscripción en Días sin cole de los menores solicitados.

Asimismo, les informamos de que durante el desarrollo de los Días sin Cole podrán captarse imágenes en las que pueden aparecer sus hijos con la finalidad de difundir y promocionar la actividad, si bien las imágenes publicadas no permitirán su identificación respetando, en todo momento, el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los menores, sin que sean utilizadas para una finalidad diferente. Si no consiente el tratamiento de la imagen, marque la casilla: Mediante la suscripción del presente documentos, Ud. presta su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos de los menores, incluidos sus datos de salud, con las finalidades descritas anteriormente.

Asimismo, en el caso de que facilite datos de terceras personas se responsabiliza de informarles de lo previsto en la presente cláusula.

El Ayuntamiento podrá enviarle información de sus actividades culturales, deportivas, o formativas de interés para los vecinos, particularmente las dirigidas a niños y jóvenes. Si no consiente recibir información, marque la casilla:

Les informamos que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita, adjuntando copia del DNI, dirigida al domicilio del Ayuntamiento ubicado en Plaza Mayor, 1 – 28231 – Las Rozas de Madrid, o mediante el envío de un correo electrónico con firma digital reconocida a la siguiente dirección solicitudesARCO@lasrozas.es