* *En el caso de alergias, enfermedad o algún dato de interés, adjuntar nota informativa de los padres y/o informe médico. La organización de la actividad no se hace responsable de las consecuencias de cualquier patología no comunicada.*
* *Autorizo a la Concejalía de Familia y Servicios Sociales a actuar como mejor proceda en caso de accidente o enfermedad.*

Especificar: ....................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

**¿Está al corriente del calendario de vacunaciones?**

**¿Padece alguna alergia o incompatibilidad?**

**¿Ha de seguir algún tratamiento o atención médica?**

NO

SÍ

**3. DATOS MÉDICOS**

EJEMPLAR PARA LA EMPRESA

|  |  |
| --- | --- |
| **1. APELLIDOS Y NOMBRE DEL PARTICIPANTE** | Fecha de Nacimiento |
|  |  |
| **Apellidos y Nombre** | DNI / NIE o Pasaporte |
| **Padre/Tutor:** |  |  |
| **Madre/Tutora:** |  |  |

Domicilio: ..................................................................................................................................................................................... Localidad: ................................................... C.P. ...................................

Teléfonos: ...................................................................................................................................... E-mail: ........................................................................................................................................................

Persona que recoge al niño/niña: ...............................................................................................................................................................................................................................................................

Especificar horario de entrada: .................................................................................................... h. y salida: h. (Ver folleto).

***Muy importante:*** *Los residentes no empadronados en Las Rozas deberán acreditar su residencia con documento acreditativo actualizado.*

|  |
| --- |
| **2. SEMANA** Marque con una X lo que proceda |
| **Semana** | **Fechas** | **Actividad** | **Comedor** | **Desayuno** | **Horario ampliado (incluye merienda)** | **Semana** | **Fechas** | **Actividad** | **Comedor** | **Desayuno** | **Horario ampliado (incluye merienda)** |
| **1** | Del 27 junio al 1 de julio |  |  |  |  | **7** | Del 8 al 12 de agosto |  |  |  |  |
| **2** | Del 4 al 8 de julio |  |  |  |  | **8** | Del 16 al 19 de agosto (precio 4 días) |  |  |  |  |
| **3** | Del 11 al 15 de julio |  |  |  |  | **9** | Del 22 al 26 de agosto |  |  |  |  |
| **4** | Del 18 al 22 de julio |  |  |  |  | **10** | Del 29 de agosto al 2 de septiembre |  |  |  |  |
| **5** | Del 26 al 29 de julio(precio 4 días) |  |  |  |  | **11** | Del 5 de septiembre al comienzo del curso escolar. Inscripciones **en el Centro Municipal de «El Abajón»** a partir de la publicación del calendario escolar en el BOCM |  |  |  |  |
| **6** | Del 1 al 5 de agosto |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. OTROS DATOS** | *Se debe adjuntar Certificado de* |
| *grado de discapacidad junto con***¿Tiene algún tipo de discapacidad reconocida que requiera apoyo durante el campamento?** SÍ NO *la presente inscripción.***Si su hijo/a se encuentra escolarizado en un Colegio de Educación Especial, indique cuál:** ................................................................................................................ |

* *En el caso de alergias, enfermedad o algún dato de interés, adjuntar nota informativa de los padres y/o informe médico. La organización de la actividad no se hace responsable de las consecuencias de cualquier patología no comunicada.*
* *Autorizo a la Concejalía de Familia y Servicios Sociales a actuar como mejor proceda en caso de accidente o enfermedad.*

Especificar: ....................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

**¿Está al corriente del calendario de vacunaciones?**

**¿Padece alguna alergia o incompatibilidad?**

**¿Ha de seguir algún tratamiento o atención médica?**

NO

SÍ

**3. DATOS MÉDICOS**

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **1. APELLIDOS Y NOMBRE DEL PARTICIPANTE** | Fecha de Nacimiento |
|  |  |
| **Apellidos y Nombre** | DNI / NIE o Pasaporte |
| **Padre/Tutor:** |  |  |
| **Madre/Tutora:** |  |  |

Domicilio: ..................................................................................................................................................................................... Localidad: ................................................... C.P. ...................................

Teléfonos: ...................................................................................................................................... E-mail: ........................................................................................................................................................

Persona que recoge al niño/niña: ...............................................................................................................................................................................................................................................................

Especificar horario de entrada: .................................................................................................... h. y salida: h. (Ver folleto).

***Muy importante:*** *Los residentes no empadronados en Las Rozas deberán acreditar su residencia con documento acreditativo actualizado.*

|  |
| --- |
| **2. SEMANA** Marque con una X lo que proceda |
| **Semana** | **Fechas** | **Actividad** | **Comedor** | **Desayuno** | **Horario ampliado (incluye merienda)** | **Semana** | **Fechas** | **Actividad** | **Comedor** | **Desayuno** | **Horario ampliado (incluye merienda)** |
| **1** | Del 27 junio al 1 de julio |  |  |  |  | **7** | Del 8 al 12 de agosto |  |  |  |  |
| **2** | Del 4 al 8 de julio |  |  |  |  | **8** | Del 16 al 19 de agosto (precio 4 días) |  |  |  |  |
| **3** | Del 11 al 15 de julio |  |  |  |  | **9** | Del 22 al 26 de agosto |  |  |  |  |
| **4** | Del 18 al 22 de julio |  |  |  |  | **10** | Del 29 de agosto al 2 de septiembre |  |  |  |  |
| **5** | Del 26 al 29 de julio(precio 4 días) |  |  |  |  | **11** | Del 5 de septiembre al comienzo del curso escolar. Inscripciones **en el Centro Municipal de «El Abajón»** a partir de la publicación del calendario escolar en el BOCM |  |  |  |  |
| **6** | Del 1 al 5 de agosto |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. OTROS DATOS** | *Se debe adjuntar Certificado de* |
| *grado de discapacidad junto con***¿Tiene algún tipo de discapacidad reconocida que requiera apoyo durante el campamento?** SÍ NO *la presente inscripción.***Si su hijo/a se encuentra escolarizado en un Colegio de Educación Especial, indique cuál:** ................................................................................................................ |

* *En el caso de alergias, enfermedad o algún dato de interés, adjuntar nota informativa de los padres y/o informe médico. La organización de la actividad no se hace responsable de las consecuencias de cualquier patología no comunicada.*
* *Autorizo a la Concejalía de Familia y Servicios Sociales a actuar como mejor proceda en caso de accidente o enfermedad.*

Especificar: ....................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

**¿Está al corriente del calendario de vacunaciones?**

**¿Padece alguna alergia o incompatibilidad?**

**¿Ha de seguir algún tratamiento o atención médica?**

NO

SÍ

**3. DATOS MÉDICOS**

EJEMPLAR PARA EL SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| **1. APELLIDOS Y NOMBRE DEL PARTICIPANTE** | Fecha de Nacimiento |
|  |  |
| **Apellidos y Nombre** | DNI / NIE o Pasaporte |
| **Padre/Tutor:** |  |  |
| **Madre/Tutora:** |  |  |

Domicilio: ..................................................................................................................................................................................... Localidad: ................................................... C.P. ...................................

Teléfonos: ...................................................................................................................................... E-mail: ........................................................................................................................................................

Persona que recoge al niño/niña: ...............................................................................................................................................................................................................................................................

Especificar horario de entrada: .................................................................................................... h. y salida: h. (Ver folleto).

***Muy importante:*** *Los residentes no empadronados en Las Rozas deberán acreditar su residencia con documento acreditativo actualizado.*

|  |
| --- |
| **2. SEMANA** Marque con una X lo que proceda |
| **Semana** | **Fechas** | **Actividad** | **Comedor** | **Desayuno** | **Horario ampliado (incluye merienda)** | **Semana** | **Fechas** | **Actividad** | **Comedor** | **Desayuno** | **Horario ampliado (incluye merienda)** |
| **1** | Del 27 junio al 1 de julio |  |  |  |  | **7** | Del 8 al 12 de agosto |  |  |  |  |
| **2** | Del 4 al 8 de julio |  |  |  |  | **8** | Del 16 al 19 de agosto (precio 4 días) |  |  |  |  |
| **3** | Del 11 al 15 de julio |  |  |  |  | **9** | Del 22 al 26 de agosto |  |  |  |  |
| **4** | Del 18 al 22 de julio |  |  |  |  | **10** | Del 29 de agosto al 2 de septiembre |  |  |  |  |
| **5** | Del 26 al 29 de julio(precio 4 días) |  |  |  |  | **11** | Del 5 de septiembre al comienzo del curso escolar. Inscripciones **en el Centro Municipal de «El Abajón»** a partir de la publicación del calendario escolar en el BOCM |  |  |  |  |
| **6** | Del 1 al 5 de agosto |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. OTROS DATOS** | *Se debe adjuntar Certificado de* |
| *grado de discapacidad junto con***¿Tiene algún tipo de discapacidad reconocida que requiera apoyo durante el campamento?** SÍ NO *la presente inscripción.***Si su hijo/a se encuentra escolarizado en un Colegio de Educación Especial, indique cuál:** ................................................................................................................ |