



## SERVICIO EXTRAESCOLAR CURSO 2023/2024

### DATOS DEL INTERESADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ CURSO _____
TELÉFONOS DE CONTACTO _____
DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____
CORREO ELECTRÓNICO _____
DNI _____ EMPADRONADO EN _____

### DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

Concepto	Si	No	Observaciones
ALGERGIAS ALIMENTICIAS			
ALERGIAS A MEDICAMENTOS			
OTRO TIPO DE ALERGIAS			
Puede realizar esfuerzos físicos en referencia a su edad			
Otros datos médicos o información relevante			

### PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO/A DE LA ACTIVIDAD ARRIBA INDICADA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

### DECLARACIÓN DE LAS FAMILIAS

- Que los datos que obran en este cuestionario son ciertos.
- Que autorizo a la Concejalía de Infancia y Juventud a verificar el empadronamiento del participante.
- Que autorizo a la Concejalía de Infancia y Juventud a tomar fotografías o imágenes del niño/a durante la actividad con carácter pedagógico y/o como medio de promoción de las actividades municipales.
- Que conozco la normativa de la actividad en cuanto a procedimiento de inscripción, pago y cancelación de plaza.

Y firma, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor del niño/a arriba indicado **declaro bajo mi responsabilidad** que los datos que obran en este cuestionario son ciertos, y eximo de toda responsabilidad a los organizadores y monitores de la omisión u ocultamiento de todo aquello que deberían tener conocimiento.

Fdo. D. /Dña.:

DNI:



## SERVICIO EXTRAESCOLAR CURSO 2023/2024

### CONDICIONES

**El pago se realizará mensualmente, en los primeros cinco días de cada mes, por parte del usuario.**

Se ofrecen dos medios para el pago:

- A)** Transferencia bancaria o ingreso en cuenta:
- TITULAR: AYUNTAMIENTO DE MIRAFLORES DE LA SIERRA – CONCEJALÍA JUVENTUD E INFANCIA
  - CAIXABANK - ES66 2100 4916 0513 0016 0564
  - Concepto “Servicio extraescolar – mes\_\_\_\_\_”
  - Enviar recibo a: [juventud@mirafloresdelasierra.es](mailto:juventud@mirafloresdelasierra.es)
- B)** Pago con tarjeta a los monitores del programa, los dos primeros días laborables de cada mes.

El precio de la actividad es de 14€/mes.

La inscripción se realizará con carácter anual, en caso de no proceder al pago se expulsará al menor de la actividad.

Si desean dar de baja al menor, se comunicará por escrito antes del día 25 del mes previo a la baja.

De existir cuotas pendientes de pago y no ser abonadas las cuotas pendientes de pago, el deudor pasará a ser reclamado mediante recaudación ejecutiva, perdiendo así la plaza en esta y otras actividades municipales hasta la liquidación de la deuda pendiente.

La cuota mensual será la misma cada mes lectivo independientemente de los periodos vacacionales o de descanso.

La inscripción supone el conocimiento y aceptación de las condiciones generales de las actividades.

El horario del servicio en los meses de junio y septiembre se adelanta, de 15 a 16h, dada la jornada de reducida de los centros escolares.

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor del niño arriba indicado **autorizo** a mi hijo/a o tutelado/a a realizar la actividad arriba indicada, declarando que es apto para el desarrollo de la misma, eximiendo de toda responsabilidad a los organizadores y monitores de la omisión u ocultamiento de todo aquello que deberían tener conocimiento, y **declaro bajo mi responsabilidad** que los datos que obran en este cuestionario son ciertos.

Leídas las normas, doy mi conformidad y firmo en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

Fdo. D. /Dña.: \_\_\_\_\_.

**INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES - [juventud@mirafloresdelasierra.es](mailto:juventud@mirafloresdelasierra.es)**

**Concejalía de Infancia y Juventud - 91 844 91 41 ext.3**



## SERVICIO EXTRAESCOLAR CURSO 2023/2024

### AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA

D./Dña. \_\_\_\_\_,

con DNI \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor legal del

alumno \_\_\_\_\_,

del curso \_\_\_\_\_ AUTORIZO al responsable del CEIPS VICENTE ALEIXANDRE de

Miraflores de la Sierra, a que entregue a mi hijo/a al/los responsable/s del servicio extraescolar anual de

apoyo a las familias, para el curso 2023/2024, gestionado por la Concejalía de Infancia y Juventud del

Ayuntamiento de Miraflores de la Sierra, que se desarrolla en el mismo centro en horario de 16.00 a 17.00h,

de lunes a viernes.

Leídas las normas, doy mi conformidad y firmo en \_\_\_\_\_,

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Fdo. D. /Dña.: \_\_\_\_\_.

