



A RELLENAR POR EL/LA PARTICIPANTE

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ CURSO _____
DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____
TELÉFONO MÓVIL _____ FIJO _____
DNI _____ EMPADRONADO EN _____
CENTRO DE ESTUDIOS _____
E-MAIL _____

SI TE APUNTAS CON ALGÚN AMIGO O AMIGA, Y QUERÉIS QUE SE OS APLIQUE EL DESCUENTO, DINOS CON QUIEN:

(¡OJO! ELLOS/AS TAMBIÉN DEBEN MENCIONARTE A TI)

AMIGO 1 _____

AMIGO 2 _____

AMIGO 3 _____

SI HAY ALGO QUE DEBAMOS SABER, POR FAVOR, CUÉNTANOSLO AQUÍ, ¡GRACIAS!

SÍGUENOS EN INSTAGRAM

@miraflores_muy_joven

FIRMA DEL SOLICITANTE

En Miraflores de la Sierra, a _____ de _____ de 2024

Firmado:

DNI:

PROTECCIÓN DE DATOS

Estos ficheros son confidenciales. Los mismos contienen información reservada que no puede ser difundida. Su dirección de correo electrónico, junto con la información que nos pueda facilitar son tratados por el Ayuntamiento de Miraflores de la Sierra, dirección Pza. de España, 1 con la finalidad de gestionar los contactos y relaciones que se produzcan como consecuencia de la relación que mantiene con nosotros. La base jurídica que legitima este tratamiento será su consentimiento, el ejercicio de las funciones públicas, el cumplimiento de la legislación vigente, interés legítimo o una relación contractual. El plazo de conservación de sus datos vendrá determinado por el cumplimiento de la relación existente y las acciones que se deriven de ella en cumplimiento de la normativa vigente. Podrá contactar para más información, o para ejercer sus derechos de ARPLO, en <https://mirafloresdelasierra.es>

CONCEJALÍA DE INFANCIA Y JUVENTUD

juventud@mirafloresdelasierra.es



A RELLENAR POR LOS PADRES O TUTORES - DATOS PADRE/MADRE/TUTOR

NOMBRE Y APELLIDOS _____
TELÉFONOS DE CONTACTO _____
DNI _____
E-MAIL _____

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DEL/A PARTICIPANTE

Concepto	Si	No	Observaciones
ALGERGIAS ALIMENTICIAS			
ALERGIAS A MEDICAMENTOS			
OTRO TIPO DE ALERGIAS			
¿TIENE TODAS LAS VACUNAS AL DÍA?			
¿HA SIDO OPERADO/A ALGUNA VEZ DE ALGO?			
¿TIENE AGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?			
¿PUEDE REALIZAR ESFUERZOS FÍSICOS?			
¿SABE NADAR?			

AUTORIZACIÓN OBLIGATORIA Y DECLARACIÓN DE LAS FAMILIAS

Yo, _____, con DNI _____, padre/madre/tutor de _____, declaro bajo mi responsabilidad:

- 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 los campamentos 2024 con carácter pedagógico y como medio de promoción de las actividades municipales.
- Que los datos médicos aportados se ajustan a la realidad, que no enviaré a mi hijo/a al campamento conociendo que sufre una enfermedad contagiosa o un impedimento físico que le impida realizar las actividades que se enumeran en la ficha informativa.
- Que he leído y aceptado la normativa general y específica de las actividades propuestas para el verano 2024 por la Concejalía de Infancia y Juventud.
- Que inscribo bajo mi total responsabilidad a mi hijo/a en la actividad en cuestión, comprendiendo que estará con otros menores y sus monitores responsables y que en ningún caso el Ayuntamiento es responsable de posibles contagios, enfermedades o similares.

Y AUTORIZO a mi hijo/a o tutelado/a a realizar la actividad Verano 2.0 - 2024, a la cual se inscribe, declarando que es apto/a 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 firmo:

Fdo. D. /Dña.:

DNI:



AUTORIZACIÓN PARA ACTUACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

En el caso eventual de que se produzca una situación de emergencia médica que requiera tomar una decisión con respecto al participante menor de edad **SIEMPRE** intentaremos contactar con la familia telefónicamente a través de los números que nos debéis facilitar:

ORDEN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	NOMBRE	RELACIÓN
1º				
2º				
3º				
4º				

En el hipotético caso de que no pudiésemos localizar a nadie, necesitamos autorización para tomar la decisión que en cada caso consideremos más conveniente para salvaguardar la salud y la integridad del participante.

D./D^a _____,
con DNI / Pasaporte / NIE N° _____ como padre / madre / tutor, **AUTORIZO al personal adscrito a la Concejalía de Infancia y Juventud del Ayuntamiento de Miraflores de la Sierra**, en caso de emergencia médica y siempre que no sea posible contactar con ninguna de las personas arriba indicadas, tome las decisiones que considere más adecuadas para su salud e integridad, si es factible previo asesoramiento facultativo o de los servicios de emergencia correspondientes.

AUTORIZACIÓN SALIDA Y/O RECOGIDA

Es responsabilidad de los padres y madres recoger o en tal caso autorizar a quien deba recoger a los participantes, para lo cual se debe cumplimentar y firmar la siguiente autorización y entregarla a los coordinadores de sus hijos.

Yo, _____, con DNI _____,
autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo/a del CAMPAMENTO VERANO 2.0:

D/D^a _____,
con DNI _____. Parentesco: _____.

D/D^a _____,
con DNI _____. Parentesco: _____.

SALIDA DE MENORES SOLOS

SI NO AUTORIZO AL MENOR ARRIBA MENCIONADO A SALIR SOLO/A DEL CAMPAMENTO VERANO 2.0.-2024

Miraflores de la Sierra, a _____ de _____ de 20____.

Fdo. D. /Dña.:
DNI: