



DATOS DEL MENOR:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: _____

Dirección: _____

CP: _____ Localidad: _____

Correo electrónico: _____

ORDEN Nº (indicar el nº que aparece en las listas de admitidos): _____

DATOS RELEVANTES DE SALUD:

¿Toma medicación? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO: _____

¿Tiene algún problema de salud que le condiciones la realización de actividades físicas? ¿Cual? ¿Qué actividades? _____

Alergias o intolerancias (alimentos, medicinas,..): _____

DATOS DE CONDUCTA:

Indicar aquellos aspectos de la conducta del/la menor que necesitemos conocer para favorecer unas óptimas relaciones sociales con sus compañeros y compañeras y a su vez, proteger al/la menor en caso de mayor vulnerabilidad emocional y/o social.

En caso necesario, pueden solicitar una reunión previa con las personas encargadas del grupo al que corresponda para una explicación más completa.

REUNIÓN: SI NO

UTILIZACIÓN DEL SERVICIO:

Indicar el periodo exacto de asistencia del/la menor al Tirachinas 2022 **(en ningún caso se podrá optar a ampliar el plazo que aparecía en la solicitud de plaza)**

MES DE JULIO (SÓLO UNA DE LAS OPCIONES)

COMPLETO

1ª QUINCENA (del 4 al 15)

2ª QUINCENA (del 18 al 29)

En caso de periodos alternos indicar el periodo exacto de asistencia:

MES DE AGOSTO (SÓLO UNA DE LAS OPCIONES)

COMPLETO (hasta el 2 de septiembre)

1ª QUINCENA (del 1 al 12)

2ª QUINCENA (del 16 al 02 de septiembre)

En caso de periodos alternos indicar el periodo exacto de asistencia:

(El 28 de julio y el 15 de agosto no hay servicio al ser festivo)



HORARIO ENTRADA / SALIDA:

Los horarios establecidos para la realización del programa son:

08:00 a 10:00h. MADRUGADORES

10:00 a 13:00h. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

13:00 a 14:00h. SALIDA

INDICAR HORA DE:

ENTRADA:

SALIDA:

PARA MANTENER EL CONTROL Y SEGURIDAD DE LOS/LAS MENORES:

Los horarios indicados no se podrán variar a lo largo del Programa, en caso necesario se deberá avisar con antelación a la persona responsable y siempre con una causa justificada.

A partir de las 10:00h. no se podrá acceder. Las reiteradas faltas de puntualidad sin causa justificada supondrá la baja de este servicio.

PERSONA RESPONSABLE DEL/LA MENOR:

Indicar los datos de la persona o personas responsables del/la menor que será encargada de entregar y recoger al niño/a.

EN EL CASO DE MADRE, PADRE O PERSONA TUTORA O ACOGEDORA RESPONSABLE:

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

TELÉFONO EN CASO DE URGENCIA: _____

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

TELÉFONO EN CASO DE URGENCIA: _____

EN EL CASO DE OTRA PERSONA:

AUTORIZO a la/s persona/s que se indican abajo a entregar y recoger al/la menor del que soy responsable

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

TELÉFONO EN CASO DE URGENCIA: _____

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

TELÉFONO EN CASO DE URGENCIA: _____



AUTORIZACIONES:

DOY MI AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN LAS POSIBLES SALIDAS DIDÁCTICAS POR EL MUNICIPIO QUE PUEDAN TENER LUGAR A LO LARGO DE LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA:

- AUTORIZO
 NO AUTORIZO

AUTORIZO AL AYUNTAMIENTO DE CABEZÓN DE LA SAL A FACILITAR LOS SIGUIENTES DATOS DEL/LA MENOR A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:

- NOMBRE Y APELLIDOS
- FECHA DE NACIMIENTO
- PERIODO DE ASISTENCIA AL CAMPAMENTO URBANO.

- AUTORIZO

PAGO:

Nº de cuenta BANCO SANTANDER ES63 0030 7199 130870000271 Ayuntamiento de Cabezón de la Sal

Poner en concepto: Tirachinas + nombre del/la menor

PRECIOS SEGÚN ORDENANZA: 1 MES: 25 € / 1 QUINCENA: 15 € / 1 SEMANA: 10 €

EXENCIONES DE PAGO:

Familias numerosas de categoría ESPECIAL

Menores bajo medidas de protección a la infancia de esta Comunidad

Víctimas de Terrorismo

Hijos/as de víctimas de violencia de género

- SÍ, EXENTO DE PAGO
 AUTORIZO al Ayuntamiento de Cabezón de la Sal a comprobar la veracidad en SSAP N°7 (Servicios Sociales de Atención Primaria)

D/Dª _____ CON DNI/NIE _____

ACTUANDO COMO PADRE, MADRE O PERSONA TUTORA O ACOGEDORA DEL INTERESADO/A MENOR DE EDAD CUYOS DATOS FIGURAN EN EL ENCABEZAMIENTO, DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE SOLICITO QUE EL/LA MENOR DEL QUE SOY RESPONSABLE PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES DE EL TIRACHINAS, QUE TODOS LOS DATOS FACILITADOS SON CORRECTOS Y QUE ME HAGO RESPONSABLE DE LOS ACTOS QUE REALICE SI DESOBEDECIERA LAS CONSIGNAS DEL MONITOR/A RESPONSABLE Y AUTORIZO A LAS POSIBLES ACTUACIONES DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL TIRACHINAS EN CASO DE EMERGENCIA

Firmado,