ANEXO I

SOLICITUD, DOCUMENTACIÓN, AUTORIZACIONES Y PROTECCIÓN DE DATOS

CAMPAMENTO URBANO “EL TIRACHINAS” 2026

---

1. DATOS DEL/LA MENOR (de cumplimentación obligatoria).

- Nombre y apellidos: _____
- Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

☐ **Menor nacido en 2023**

Centro educativo en el que está escolarizado/a: _____

---

2. SELECCIONE EL LUGAR AL QUE ACUDIRÁ EL/LA MENOR (de cumplimentación obligatoria).

☐ C.E.I.P. Ramón Laza (Cabezón de la Sal)

☐ C.E.I.P. Antonio Muñoz y Gómez (Casar de Periedo)

---

3. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL (de cumplimentación obligatoria).

☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor/a ☐ Representante legal ☐ Persona acogedora

- Nombre y apellidos: _____
- DNI/NIE: _____
- Teléfono 1: _____
- Teléfono 2: _____
- Dirección postal: _____
- Localidad: _____
- Email _____

---

4. REQUISITOS (de cumplimentación obligatoria).

☐ El/la menor cumple los requisitos establecidos en el artículo 6 de las bases reguladoras.

Puede comprobar la validez de este documento utilizando el Servicio de Verificación de documentos electrónicos disponible en la sede electrónica de esta entidad. En el Servicio de Verificación debe informar el Código Seguro de Validación de este documento	
Código Seguro de Validación	33bf29e0221f4c2baeeffb037481b617001
Url de validación	https://sede.cabezondelasal.net
Metadatos	Origen: Origen administración Estado de elaboración: Original

5. PERIODO SOLICITADO (de cumplimentación obligatoria).

Meses

☐ Julio ☐ Agosto

Quincenas

Julio

☐ 1ª quincena: del **1 al 15 de julio**

☐ 2ª quincena: del **16 al 31 de julio**

Agosto

☐ 1ª quincena: del **3 al 14 de agosto**

☐ 2ª quincena: del **17 al 31 de agosto**

---

6. SERVICIO DE MADRUGADORES (opcional).

Horario: 7:30 a 9:00

☐ Sí ☐ No

Meses: ☐ Julio ☐ Agosto

Hora entrada: ____ : ____

---

7. EMPADRONAMIENTO (de cumplimentación obligatoria).

☐ Está empadronado/a en Cabezón de la Sal

☐ No está empadronado/a

En caso de estar empadronado/a:

☐ Autorizo al Ayuntamiento a comprobar los datos de empadronamiento

☐ No autorizo (aporto volante de empadronamiento)

---

8. DATOS DE PAGO (de cumplimentación obligatoria).

Importe: _____ €

Fecha: ____ / ____ / _____

Banco Santander

ES62 0049 4861 5125 1017 7733

Puede comprobar la validez de este documento utilizando el Servicio de Verificación de documentos electrónicos disponible en la sede electrónica de esta entidad. En el Servicio de Verificación debe informar el Código Seguro de Validación de este documento	
Código Seguro de Validación	33bf29e0221f4c2baeeffb037481b617001
Url de validación	https://sede.cabezondelasal.net
Metadatos	Origen: Origen administración Estado de elaboración: Original

Concepto del ingreso

☐ **Tirachinas – Mes completo**
Nº de meses: ☐ 1 ☐ 2

☐ **Tirachinas – Quincenas**
Nº de quincenas: ☐ 1 ☐ 2

☐ **Madrugadores**
Nº de meses: ☐ 1 ☐ 2

---

9. DOCUMENTACIÓN.

A. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA.

☐ **ANEXO I cumplimentado y firmado**
☐ **Justificante de pago**

B. CRITERIOS DE PRIORIDAD (Opcional)

☐ Deseo acogerme a los criterios de prioridad recogidos en el artículo 7 de las bases reguladoras y en la Ordenanza Fiscal reguladora vigente.

Tipo de unidad familiar (marcar lo que corresponda):

☐ Unidad familiar en proceso de intervención activa con los Servicios Sociales de Atención Primaria de Cabezón de la Sal

☐ Unidad familiar monoparental

☐ Unidad familiar en la que las personas responsables del/de la menor se encuentran en situación laboral activa

Para lo cual aporto la siguiente documentación en el momento de la inscripción (el no hacerlo no será objeto de subsanación):

☐ Informe de Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP nº 7)
☐ Libro de Familia o documentación acreditativa de la unidad familiar
☐ Acreditación de familia monoparental
☐ Documentación acreditativa de la situación laboral

C) BONIFICACIONES (FAMILIA NUMEROSA)

☐ Solicito bonificación

Nº hijos participantes: ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Otros: ____

☐ Título familia numerosa

Puede comprobar la validez de este documento utilizando el Servicio de Verificación de documentos electrónicos disponible en la sede electrónica de esta entidad. En el Servicio de Verificación debe informar el Código Seguro de Validación de este documento	
Código Seguro de Validación	33bf29e0221f4c2baeeffb037481b617001
Url de validación	https://sede.cabezondelasal.net
Metadatos	Origen: Origen administración Estado de elaboración: Original

Se bonificará a aquellas familias numerosas con tres o más hijos participantes en el servicio,aplicándose una reducción del 50% a partir del tercer hijo.

---

10. INFORMACIÓN DE SALUD Y NECESIDADES (de cumplimentación obligatoria).

☐ Alergias / intolerancias
☐ Enfermedades relevantes
☐ Necesidades educativas o sociales
☐ Otras circunstancias: _____

Finalidad del tratamiento de datos:
Los datos relativos a la salud del/de la menor serán utilizados exclusivamente para garantizar el correcto funcionamiento del servicio y asegurar una adecuada atención del/de la menor durante el desarrollo del campamento.

---

11. AUTORIZACIONES (de cumplimentación obligatoria).

☐ Autorizo la participación en el programa
☐ Autorizo la cesión de nombre y edad del menor a la entidad aseguradora

---

12. DECLARACIÓN RESPONSABLE.

ACTUANDO COMO PADRE, MADRE, PERSONA TUTORA O ACOGEDORA DEL/DE LA MENOR:

- Solicito la participación del/de la menor en el Campamento Urbano “El Tirachinas”.
- Declaro que todos los datos facilitados son veraces.
- Declaro que el/la menor cumple los requisitos establecidos en las bases.
- Me hago responsable de los actos del/de la menor en caso de desobedecer las indicaciones del personal responsable.
- Autorizo actuaciones en caso de emergencia.
- Acepto íntegramente las bases reguladoras.
- Me comprometo al cumplimiento de las normas del servicio.
- Acepto los criterios de valoración conforme a los principios de igualdad, concurrencia, objetividad y no discriminación.

Puede comprobar la validez de este documento utilizando el Servicio de Verificación de documentos electrónicos disponible en la sede electrónica de esta entidad. En el Servicio de Verificación debe informar el Código Seguro de Validación de este documento	
Código Seguro de Validación	33bf29e0221f4c2baeeffb037481b617001
Url de validación	https://sede.cabezondelasal.net
Metadatos	Origen: Origen administración Estado de elaboración: Original

13. INFORMACIÓN EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Los datos personales que proporcione a través del presente formulario serán usados para registrar y atender su solicitud. Dichos datos son necesarios para tramitar la solicitud en cuestión, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad.

Sólo el personal de la Entidad Local que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

En este sentido, le informamos de que sus datos podrán ser cedidos a los órganos de la Administración Pública (Administración Tributaria, Organismos de la Seguridad Social, etc.) cuando sea necesario.

No está prevista la transferencia de su información fuera del Espacio Económico Europeo.

Conservaremos sus datos conforme a la Ley 7/1985 y normativa aplicable.

Podrá ejercer sus derechos ante el Ayuntamiento de Cabezón de la Sal o ante la Agencia Española de Protección de Datos.

---

14. CONSENTIMIENTOS (de cumplimentación obligatoria).

☐ Consiento el uso de los datos relativos a la salud del/de la menor en los términos indicados anteriormente

Si no nos permite utilizar sus datos sensibles es posible que no podamos prestarle los servicios solicitados, pues tal información es necesaria para que podamos desarrollar nuestra actividad de manera coherente y efectiva.

☐ Consiento el uso del número de teléfono para comunicaciones internas relacionadas con la organización y funcionamiento del Campamento Urbano “El Tirachinas”.

---

15. SOLICITUD DE RESERVA DE DATOS (OPCIONAL)

☐ Solicito que, por tratarse de un/a menor en circunstancias de especial protección, no se publiquen sus datos en las listas de admitidos/as, y que la comunicación relativa a su admisión se realice de forma individual a la persona solicitante.

Puede comprobar la validez de este documento utilizando el Servicio de Verificación de documentos electrónicos disponible en la sede electrónica de esta entidad. En el Servicio de Verificación debe informar el Código Seguro de Validación de este documento	
Código Seguro de Validación	**33bf29e0221f4c2baeeffb037481b617001**
Url de validación	*https://sede.cabezondelasal.net*
Metadatos	**Origen: Origen administración Estado de elaboración: Original**

16. FIRMA

Nombre y apellidos de la persona firmante (padre, madre, tutor/a o representante legal):

DNI/NIE: _____

En Cabezón de la Sal, a ____ de _____ de 2026

Firma: _____

Puede comprobar la validez de este documento utilizando el Servicio de Verificación de documentos electrónicos disponible en la sede electrónica de esta entidad. En el Servicio de Verificación debe informar el Código Seguro de Validación de este documento	
Código Seguro de Validación	**33bf29e0221f4c2baeeffb037481b617001**
Url de validación	*https://sede.cabezondelasal.net*
Metadatos	**Origen: Origen administración Estado de elaboración: Original**