

## FORMULARIO PREINSCRIPCIÓN COLONIA TALLER VERANO 2024

1. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE			
Nombre:		Apellidos:	
DNI:		Relación con participante:	

  

2. SELECCIÓN DE TURNO (Marque 1º y 2º según su orden de preferencia)	3. SELECCIÓN DE HORARIO DE ENTRADA
<input type="checkbox"/> Turno 1: Del lunes 1 al lunes 15 de julio	<input type="checkbox"/> Entrada ampliada a las 8:00
<input type="checkbox"/> Turno 2: Del miércoles 17 al miércoles 31 de julio	<input type="checkbox"/> Horario reducido hasta las 14:00 (Sin comedor)

  

4. DATOS DEL PARTICIPANTE			
Nombre:		Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:		DNI:	
Domicilio:			
Localidad:			CP:
Teléfono 1:		Teléfono 2:	
Nombre madre/padre/tutor/a 1:			
Nombre madre/padre/tutor/a 2:			
Correo electrónico:			
En caso de urgencia, otro teléfono de contacto:			
Centro dónde está escolarizado:			

  

5. OTROS DATOS DE INTERÉS			
Tipo de discapacidad (diagnóstico):		Grado:	
Tipo de discapacidad:	Física <input type="checkbox"/>	Intelectual <input type="checkbox"/>	Sensorial <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
Precisa medicación:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Medicación y pauta:			
<i>*En caso de ser necesaria la administración de alguna medicación en horario de actividad, será imprescindible aportar prescripción médica al respecto.</i>			

  

6. INFORMACIÓN SANITARIA			
Nº de tarjeta sanitaria:			
Seguro privado:			

  

7. ALIMENTACIÓN			
Problemas al tragar:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:
Come y bebe solo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:
Alimentos contraindicados:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:
Alergias o intolerancias alimenticias:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indicar cuál:

  

8. MOVILIDAD		
Camina solo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Camina solo con dificultad:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza silla de ruedas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Utiliza andador:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Manipula con las manos sin dificultad:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Necesita apoyo continuo:	Sí	No
Observaciones:		
Sabe nadar:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indicaciones relativas a la actividad en piscina:		

  

9. CONTROL DE ESFÍNTERES		
Total día y noche:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

## FORMULARIO PREINSCRIPCIÓN COLONIA TALLER VERANO 2024

### 10. ASEO Y ROPA

Requiere ayuda para lavarse y vestirse:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Conoce y cuida sus cosas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

### 11. LENGUAJE

Se comunica con lenguaje verbal:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Su lenguaje es escaso y poco claro:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se expresa y entiende bien:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

### 12. RELACIÓN CON LOS OTROS

Es tímido y callado:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se enfada fácilmente:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es cariñoso, habla y juega con todos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
A veces se escapa:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

### 13. AFICIONES Y GUSTOS

Juegos deportivos <input type="checkbox"/>	Música y baile <input type="checkbox"/>	Trabajos manuales <input type="checkbox"/>	Historias y literatura <input type="checkbox"/>
Rechaza alguna actividad:			
Observaciones:			

### 14. EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS

Ha participado en otros campamentos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha disfrutado de la experiencia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### 15. OTRAS ESPECIFICACIONES

Padece enfermedad infecto-contagiosa:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuál:	
Sufre convulsiones:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Controladas con medicación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sufre ausencias:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:	
Es alérgico a algún medicamento:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuál:	
Sufre algún otro tipo de alergia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar cuál:	
Es celíaco:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:	
Observaciones:				

### 16. OTRAS OBSERVACIONES

<p><b>16. OTRAS OBSERVACIONES</b></p>
---------------------------------------

### 17. CONSULTAS

El Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón recabará los datos que se indican, eximiéndole de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y/o facilitando su consentimiento en aquellas consultas que lo requieran. Podrá oponerse a la consulta de los datos en los términos expuestos en la cláusula de protección de datos de esta actividad. En el caso de no autorizar las consultas que así lo requieran, deberá aportar los correspondientes documentos acreditativos.

DATOS A CONSULTAR	ORGANISMO AL QUE SE REALIZA LA CONSULTA
Volante de empadronamiento del participante	Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón
DNI/ NIE/ NIF del participante	Dirección General de Policía

## FORMULARIO PREINSCRIPCIÓN COLONIA TALLER VERANO 2024

### 18. AUTORIZACIONES

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI/NIF/NIE  
como padre/madre/tutor legal, autorizo a mi hijo/a/tutelado/a que asista a esta actividad, organizada por la  
Concejalía de Familia y Atención a la Discapacidad, así como a:

* Adoptar las decisiones médicas que fuesen necesarias por razones de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente y sin que hubiera sido posible contactar con la familia.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A que se consulte el certificado de discapacidad del participante ante la Comunidad de Madrid.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A recibir información municipal.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A que durante la actividad puedan captarse fotografías, audios y/o videos del participante con la finalidad de otorgar publicidad y difusión a esta actividad y sus futuras ediciones.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
* A que se puedan publicar fotografías, audios y/o videos del participante en la página web municipal, medios publicitarios, así como en medios o canales de comunicación (incluidos los digitales y redes sociales), con la finalidad de otorgar publicidad y difusión a esta actividad y sus futuras ediciones.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

#### Recogida del menor por personas distintas de su padre/madre o tutor legal

Autorizo la recogida de mi hijo/a, tutelado/a, en los horarios establecidos y tras la presentación del DNI, a las siguientes personas (no se entregará a ningún menor a las personas que no consten en la autorización)

NOMBRE:	DNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE:	DNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE:	DNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorizo a mi hijo a regresar a su domicilio sin compañía adulta al finalizar diariamente la actividad.

Sí  No

Declaro bajo mi responsabilidad que todo lo expuesto en este formulario es cierto y no se ha omitido ningún dato médico o personal de interés, en especial, relativo a las necesidades sanitarias o riesgos de salud.

En..... a ..... de .....2024

Firma de madre/padre/tutor/a legal:

**Responsable del tratamiento:** Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Concejalía de Familia y Atención a la Discapacidad, Plaza Mayor, nº1 – 28223 Madrid. Contacto Delegado de Protección de Datos: Registro general del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Plaza Mayor, nº 1, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). **Finalidades del tratamiento:** Gestión de la solicitud de la participación en las colonias de verano, siendo necesario el tratamiento de categorías especiales de datos. **Plazos de conservación de la información:** Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para el desarrollo de la actividad y, posteriormente, durante los plazos legales que sean de aplicación. **Legitimación para el tratamiento:** el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. **Destinatarios de cesiones o transferencias internacionales de datos:** Entidades aseguradoras, en caso de necesidad de tramitación de seguros de responsabilidad civil. **Derechos de los interesados:** Los interesados pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento y solicitar la portabilidad de sus datos mediante el Registro Electrónico o dirigiéndose por escrito al Registro General del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (Plaza Mayor, nº1-28223 Madrid). Asimismo, tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Puede consultar la Política de Privacidad del Ayuntamiento en [www.pozuelodealarcon.org/legal/politica-de-privacidad](http://www.pozuelodealarcon.org/legal/politica-de-privacidad). En el caso de incluirse datos de carácter personal de personas físicas distintas a las personas que firman este documento deberán, con carácter previo a su inclusión, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.