

**FORMULARIO PREINSCRIPCIÓN COLONIA TALLER: VERANO 2021**

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

  

2. SELECCIÓN DE TURNO (Marque 1º, 2º, 3º, 4º y 5º según su orden de preferencia)	3. SELECCIÓN DE HORARIO DE ENTRADA
<input type="checkbox"/> Turno 1: Del lunes 28 de junio al viernes 2 de julio	<input type="checkbox"/> Horario completo de 9:00 a 17:00 (Con comedor)
<input type="checkbox"/> Turno 2: Del lunes 5 al viernes 9 de julio	<input type="checkbox"/> Horario ampliado de 8:00 a 17:00 (Con comedor)
<input type="checkbox"/> Turno 3: Del lunes 12 al jueves 15 de julio	<input type="checkbox"/> Horario Reducido de 9:00 a 14:00 (sin comedor)
<input type="checkbox"/> Turno 4: Del lunes 19 al viernes 23 de julio	<input type="checkbox"/> Horario Reducido de 8:00 a 14:00 (sin comedor)
<input type="checkbox"/> Turno 5: Del lunes 26 al viernes 30 de julio	

  

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		
Sabe nadar:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indicaciones relativas a la actividad en piscina:		

  

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

**FORMULARIO PREINSCRIPCIÓN COLONIA TALLER: VERANO 2021**

<b>10. ASEO Y ROPA</b>		
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:		

<b>11. LENGUAJE</b>		
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:		

<b>12. RELACIÓN CON LOS OTROS</b>		
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:		

<b>13. AFICIONES Y GUSTOS</b>			
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:			

<b>14. EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS</b>		
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"/>

<b>15. OTRAS ESPECIFICACIONES</b>				
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:				

<b>16. OTRAS OBSERVACIONES</b>

**FORMULARIO PREINSCRIPCIÓN COLONIA TALLER: VERANO 2021**

**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 Convocatoria. 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

**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, Mujer y Servicios sociales, 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"/>
* Consentimiento informado en lo relativo a la aceptación de la normativa vigente en materia de prevención de contagios por COVID-19.	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)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	DNI	
NOMBRE:	DNI	
NOMBRE	DNI	
Autorizo a mi hijo a regresar a su domicilio sin compañía adulta al finalizar diariamente la actividad.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

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 .....2021  
Firma de madre/padre/tutor/a legal:

Los firmantes, mediante la suscripción de este formulario, prestan su consentimiento explícito para que sus datos personales facilitados y los de la persona a la que representa, los documentos adjuntos y los resultantes de las consultas autorizadas, todos ellos aportados voluntariamente, sean tratados por la Concejalía de Familia, Mujer y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, como responsable del tratamiento, con la finalidad de tramitar la preinscripción y, en su caso, la participación en la "Colonia Taller Verano 2021" y la acreditación de la correspondiente autorización para la recogida del menor cuando proceda, así como para enviarle información municipal a través de medios electrónicos, sin que los datos de este cuestionario sean comunicados salvo los autorizados por usted y los previstos legalmente. Los datos serán conservados durante el periodo necesario para cumplir con la finalidad pretendida y los plazos establecidos legalmente.

Del mismo modo, declaran haber sido informados sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión ("derecho al olvido"), limitación del tratamiento y solicitar la portabilidad de sus datos, así como revocar el consentimiento prestado mediante el Registro Electrónico o dirigiéndose por escrito al Registro General del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (Plaza Mayor, nº1-28223 Madrid) acreditando su identidad. Podrá consultar la Política de Privacidad en [www.pozuelodealarcon.org](http://www.pozuelodealarcon.org). En el caso de incluirse datos de carácter personal de personas físicas distintas a las personas que lo firman deberán, con carácter previo a su inclusión, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores y poseer su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos.