

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 1 al 15 de julio	<input type="checkbox"/> Entrada ampliada a las 8:00
<input type="checkbox"/> Turno 2: Del 17 al 31 de julio	<input type="checkbox"/> Horario reducido hasta las 14:00 (Sin comedor)

4. DATOS DEL PARTICIPANTE	
Nombre:	Apellidos:
Fecha nacimiento:	DNI:
Domicilio:	
Localidad:	CP:
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Nombre madre/padre/tutor/a 1:	DNI:
Nombre madre/padre/tutor/a 2:	DNI:
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 ESFÍNTERES				
Total día y noche:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Observaciones:				

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"/>

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

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

18. AUTORIZACIONES

D/D^a _____ 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"/>

19. Recogidas del menor por personas distintas de quien cumplimenta el formulario

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 de2026

Firma de madre/padre/tutor/a legal que cumplimenta formulario

Se informa que los datos facilitados serán tratados por la Concejalía de Familia, y Atención a la Discapacidad del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, como responsable del tratamiento., pudiendo contactar con el Delegado de Protección de Datos: Registro general del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, Plaza Mayor, nº 1, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

La finalidad de tramitar la preinscripción y, en su caso, la participación en la “Colonia Taller Verano 2026” 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 y captar la imagen del participante, si nos autoriza. La causa que legitima el tratamiento es la prestación de este servicio de colonia y su consentimiento, si es otorgado, al respecto del envío de información y tratamiento de la imagen del participante. No se prevé la comunicación de datos a terceros salvo si nos ha autorizado a la publicación de su imagen que implicará que sea accesible a las personas que accedan a los medios donde se publiquen.

Los datos serán conservados durante el periodo necesario para cumplir con la finalidad pretendida y los plazos establecidos legalmente.

Los interesados pueden 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). Asimismo, tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es). 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.

Puede consultar la Política de Privacidad del Ayuntamiento en www.pozuelodealarcon.org/legal/politica-de-privacidad.