

AUTORIZACIÓN ESCUELAS DE VERANO 2022

Entregar esta autorización junto con la declaración responsable relativa a la salud
en el plazo de 10 días después de finalizar la inscripción

LA AUTORIZACIÓN NO ES UNA INSCRIPCIÓN. POR FAVOR RELLENAR LAS 2 HOJAS Y FIRMAR.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:	
APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD ACTUAL:
TELEFONO DE CONTACTO (PREFERENTEMENTE MOVIL):	
MARCAR CON "X" LA ESCUELA DE VERANO (ARTS SUMMER CAMP, ESCUELA DE VERANO MATEMÁTICA, ESCUELA DE VERANO DE CIRCO)	
<i>Nota: El/La participante puede inscribirse a la actividad por semanas.</i>	
<input type="checkbox"/>	ARTS SUMMER CAMP. DEL 27 JUNIO AL 29 JULIO. De 5 a 10 años
<input type="checkbox"/>	ESCUELA DE VERANO MATEMÁTICA. DEL 27 JUNIO AL 29 DE JULIO. De 9 a 13 años.
<input type="checkbox"/>	ESCUELA DE VERANO DE CIRCO. DEL 18 JULIO AL 12 DE AGOSTO. De 7 a 13 años.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: (Marca la opción correcta)	
Alergias, intolerancia alimentaria o dietas especiales Indicar grado de alergia y tratamiento (*)	¿Tiene cualquier otro tipo de alergia? (*)
¿Tiene necesidades educativas especiales? (discapacidad, trastornos del comportamiento, dificultades lenguaje) Indicar (*)	¿Padece alguna enfermedad o lesión? Indicar (*)
¿Tiene alguna enfermedad crónica? Indicar (*)	Cualquier otro aspecto que considere necesario señalar. (*)

(*) Adjuntar INFORMES MÉDICOS O DOCUMENTACIÓN

<p>SÍ DECLARO <input type="checkbox"/> (MARCAR CON UNA X)</p> <p>Que la persona menor de edad NO PADECE en el momento actual enfermedad infectocontagiosa (tipo varicela, molusco contagioso, papiloma/verruca plantar, hongos/micosis cutáneas, pie de atleta, conjuntivitis vírica o bacteriana, etc.) ni ninguna otra que precise atención especial. En caso de padecer alguna de estas patologías es obligatorio aportar informe médico que haga constar que está en seguimiento y/o tratamiento de la misma. Si durante el período de los talleres aparece alguna de estas patologías, igualmente sería obligatorio adjuntar informe médico.</p>
--

Autorizo que el/la participante acuda a la escuela de verano solo/a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo que el/la participante salga solo/a una vez finalizado el horario de la actividad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a fotografiar y grabar al participante con fines divulgativos o informativos municipales relacionados con la actividad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a trasladar al participante en un vehículo utilitario al Centro de Salud más cercano si fuera necesario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a adoptar medidas de carácter necesarias y urgentes en caso de accidente, enfermedad o cualquier otro imprevisto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Quieres recibir información sobre las actividades del Servicio Juventud, Infancia y Adolescencia?
Apúntanos tu **CORREO ELECTRÓNICO EN MAYÚSCULAS:**

TUTOR/ES LEGALES QUE FIRMAN LA AUTORIZACIÓN (firmar un tutor o ambos):

D/Dña.: _____	DNI: _____ y
D/Dña.: _____	DNI: _____
autorizo como tutor legal de _____ a participar en la Escuela de Verano organizada por el Servicio de Juventud, Infancia y Adolescencia del Ayuntamiento de Alcobendas.	
Los teléfonos de contacto durante la actividad serán: _____	
FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL 1:	FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL 2:
Fecha: _____	

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL PARTICIPANTE ADEMÁS DE LOS TUTORES LEGALES:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO CONTACTO