

**AUTORIZACIÓN COLONIAS URBANAS 2023**
**PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE OCIO, SOCIOEDUCATIVAS Y DE CONCILIACIÓN**

 Entregar esta autorización en el **plazo de 10 días después de finalizar la inscripción**

<b>NOMBRE DEL PARTICIPANTE:</b>	
<b>APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>EDAD ACTUAL:</b>
<b>COLONIA A LA QUE ESTÁ APUNTADO:</b>	
<input type="checkbox"/> Bachiller Alonso López <input type="checkbox"/> Daoiz y Velarde <input type="checkbox"/> Emilio Casado <input type="checkbox"/> Antonio Machado <input type="checkbox"/> Miguel Hernández (Agosto) <input type="checkbox"/> Castilla <input type="checkbox"/> Valdepalitos	
<i>Se debe rellenar <b>dos autorizaciones</b> en el caso de:</i> - <i>Asiste a la colonia de julio en dos colegios diferentes</i> - <i>Asiste a una colonia de julio y a la de agosto</i>	
<b>FECHAS EN LAS QUE ESTÁ APUNTADO:</b>	
<input type="checkbox"/> Del 3 al 14 de julio <input type="checkbox"/> Del 1 al 14 de agosto <input type="checkbox"/> Del 17 al 31 de julio <input type="checkbox"/> Del 16 al 31 de agosto	
<b>INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:</b> Alergias, intolerancia alimentaria o dietas especiales Indicar <b>grado de alergia y tratamiento</b> (*)	¿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. (*)
¿Necesita manguitos?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Controla esfínteres?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**(\*) Adjuntar INFORMES MÉDICOS O DOCUMENTACIÓN**
**SÍ DECLARO  (MARCAR CON UNA X)**

 Que mi hijo/a **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, COVID19, 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 colonias aparece alguna de estas patologías, igualmente sería obligatorio adjuntar informe médico.

**POR FAVOR NO OLVIDES RELLENAR LA PARTE DE ATRÁS**

Autorizo a que el participante <b>acuda</b> a la colonia <b>solo</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a que el participante <b>salga solo</b> una vez finalizado su horario de colonias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a <b>fotografiar y grabar</b> al menor con fines divulgativos o informativos municipales relacionados con la actividad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a <b>trasladar al participante en un vehículo</b> utilitario al Centro de Salud más cercano si fuera necesario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a <b>adoptar medidas de carácter necesarias y urgentes</b> en caso de accidente, enfermedad o cualquier otro imprevisto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de que el menor tenga alguna <b>alergia, intolerancia o diversidad alimenticia</b> , autorizo a <b>visibilizarla en el comedor</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**CORREO ELECTRÓNICO EN MAYÚSCULAS** para poder estar en comunicación durante la colonia:

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

D/Dña.: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ y

D/Dña.: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO COMO TUTOR/ES LEGALES DEL PARTICIPANTE** \_\_\_\_\_  
a participar en las actividades realizadas dentro y fuera de la Colonia 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:** \_\_\_\_\_

*Las personas que firmen la autorización serán las únicas que podrán hacer gestiones derivadas de la actividad.*

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

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO CONTACTO

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales)**

**Responsable:** DIRECCIÓN GENERAL DEL ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL

**Finalidad:** Colonias y Campamentos de verano.

**Legitimación:** Cumplimiento de una misión realizada en el ejercicio de poderes públicos por imperativo legal.

**Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

**Derechos:** De acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, según se explica en la información adicional.

**Información adicional** Puede consultar el apartado Aquí Protegemos tus Datos de nuestra página web: [www.alcobendas.org](http://www.alcobendas.org)