



**DATOS DEL/A MENOR -Escriba en mayúsculas todos los datos-**

NOMBRE Y APELLIDOS:

CURSO 21/22:

DOMICILIO/Nº/PISO:

LOCALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE

TELÉFONO:

NOMBRE DE LA MADRE

TELÉFONO:

**DATOS MÉDICOS Y DE INTERÉS - marque con una cruz la/s opción/es que corresponda/n-**

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:  SI  NO

OTRAS ALERGIAS O INTOLERANCIAS:  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR ALERGIA o INTOLERANCIA:

¿TIENE ALGO MÁS MÁS DECLARAR O QUE DEBAMOS CONOCER ACERCA DEL/A ALUMNO/A INSCRITO/A EN ESTA FICHA?: (marque con una X la opción) - (en el caso de ser zurdo/a indicarlo)

NO

SI. (Especificar) \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES- - marque con una cruz las opciones que correspondan-**

**TOMA DE IMÁGENES**

¿Autoriza, a que el Ayuntamiento de Muel, responsable de Pispotes, así como a la entidad que los gestiona (Carantoña), para que puedan utilizar las imágenes y/o videos de su hijo/a/ tutelado/a, tomadas durante las actividades de Pispotes del curso 2021/2022 para publicarlas en medios de comunicación y redes sociales. SI  NO

**ACTIVIDADES**

¿Autoriza a su hijo/a tutelado/a, a participar en todas las actividades que se realizarán durante el servicio? SI  NO

**DECLARACIÓN RESPONSABLE -OBLIGATORIO FIRMAR AMBOS TUTORES LEGALES\*-**

Don/ña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como padre/madre/ tutor/a del/la menor inscrito/a en esta ficha y Don/ña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ como padre/madre/ tutor/a del/la menor inscrito/a en esta ficha,

**DECLARAMOS RESPONSABLEMENTE:**

- 1- Que todos los datos facilitados en esta ficha son verdaderos.
- 2- Que no omitimos, ni omitiremos, ninguna información de nuestro/a hijo/a que pueda afectar al desarrollo del servicio "C.T.L. PISPOTES".
- 3- Que hemos leído y aceptamos toda la información facilitada para la utilización del servicio "C-T.L. PISPOTES" curso 21/22.

Y para que así conste, a los efectos de dar de alta al/a alumno/a inscrito/a en esta ficha. firmamos la presente declaración responsable y consentimos explícitamente el tratamiento de los datos que hay en esta ficha.

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR**

**FIRMA DE LA MADRE/TUTORA**

EN MUEL , A DE DE 2.02\_ (Rellenar fecha)

**LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

De acuerdo con la vigente normativa de Protección de Datos, les informamos de que los datos personales recogidos en el formulario se incorporarán a un tratamiento de datos cuyo responsable es la ASOCIACIÓN CARANTOÑA, con la finalidad de llevar un registro para la realización de tareas de gestión del servicio prestado. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento en la forma legalmente establecida dirigiéndose a Asociación Carantoña, calle Carriña, nº 52, Aguarón (Zaragoza o a la dirección de correo electrónico [carantona\\_ocio@hotmail.es](mailto:carantona_ocio@hotmail.es).

**Aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado para participar en las actividades del Centro de Tiempo Libre Pispotes de Muel.**

**Entidad que organiza la actividad:** AYUNTAMIENTO DE MUEL

**Entidad que desarrolla la actividad:** CARANTOÑA.

**Actividad propuesta:** C.T.L. Pispotes

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con nº de DNI/NIE \_\_\_\_\_ actuando en nombre propio como padre/madre/tutor-a del/a menor \_\_\_\_\_

**Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación:**

Si /  No. Si es que sí, especifique \_\_\_\_\_

**Declaro bajo mi responsabilidad que conozco con detalle la información proporcionada por la propia organización. Acepto las condiciones de participación y expreso mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención obligatorias. Igualmente, asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por la COVID-19.**

**(Márquese en lo que proceda)**

<b>Declaración responsable de informar sobre su pertenencia a grupos de riesgo y/o convivencia con grupo de riesgo.</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaro que el/la menor participante <b>NO pertenece</b> a los grupos de riesgo y cumple los requisitos de admisión.
<input type="checkbox"/>	Declaro que el/la menor participante <b>SÍ pertenece</b> a los grupos de riesgo, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad y cumple los requisitos de admisión.
<input type="checkbox"/>	Declaro que el/la menor participante no convive con nadie que sea grupo de riesgo o que, en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo mi propia responsabilidad.
<input type="checkbox"/>	Me comprometo a que el/la menor participante no asista a la actividad si presenta sintomatología asociada con la COVID 19.
<b>Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad a la COVID-19. Consentimiento informado sobre la COVID-19.</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos facilitados por la entidad, soy consciente de los riesgos que implica para el participante y para las personas que conviven con él, tomar parte en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.021

Firma madre, padre o tutor legal:



**Ayuntamiento  
de Muel**