

RELLENAR ESTE DOCUMENTO Y ENTREGAR POR DUPLICADO EN LA JUNTA CON CITA PREVIA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - CAMPAMENTOS URBANOS- VERANO 2020

EDUCACIÓN INFANTIL EDUCACIÓN PRIMARIA

PERIODO/S SOLICITADO/S

1ª quincena julio: Del 1 al 15 de julio 2ª quincena julio: Del 16 al 31 de julio
 1ª quincena agosto: Del 3 al 14 de agosto 2ª quincena agosto: Del 17 al 31 de agosto Septiembre: Del 1 al 7 septiembre

SOLICITUD DE CENTRO

CEIP Menéndez Pelayo CEIP Tirso de Molina CEIP CEIP san Eugenio y San Isidro / CEIP Legado Crespo

DATOS DEL/DE LA PARTICIPANTE

Nombre del niño/a: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Documento Identidad del/ de la menor: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____
Centro escolar donde cursa estudios: _____ Curso: _____

DATOS DE LOS PADRES/ MADRES/ TUTORES/AS LEGALES

Nombre y apellidos del padre: _____ Nacionalidad: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Teléfono trabajo o fijo: _____ Correo electrónico: _____
Nombre y apellidos de la madre: _____ Nacionalidad: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Teléfono trabajo o fijo: _____ Correo electrónico: _____
Nombre y apellidos del tutor/a: _____ Nacionalidad: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Teléfono trabajo o fijo: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DE PERSONA AUTORIZADA POR LOS PADRES/ MADRES /TUTORES/AS para la recogida del menor

Solo rellenar si la persona encargada de la recogida fuese distinta al padre/madre o tutor legal:

Nombre y Apellidos _____ Nacionalidad: _____ DNI: _____
Domicilio: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

DATOS MÉDICOS Y ADAPTACIÓN ALIMENTARIA DEL/ DE LA PARTICIPANTE

En todos aquellos casos en que la respuesta sea SI se debe aportar el correspondiente informe médico:

¿Está vacunado según el calendario de Vacunación infantil que marca la Comunidad de Madrid? **SI** **NO**
Indique si el/la escolar presenta algún problema alimenticio que requiera atención especial (alergias, dieta, celíaco/a...):
SI **NO** Indicar en su caso: _____
Señale si precisa adaptar la alimentación por motivos religiosos (NO COME CERDO)
¿Padece alguna enfermedad o diagnóstico o necesidad educativa (NEE) que haya que tener en cuenta a la hora del desarrollo del campamento? **SI** **NO** Indicar en su caso: _____
¿Sigue algún tratamiento médico? **SI** **NO** Indicar en su caso: _____
Otros Datos Médicos a tener en cuenta: _____

AUTORIZACIONES

- AUTORIZO A QUE MI HIJO/A ABANDONE EL CENTRO ESCOLAR SOLO: **SI** **NO**
- AUTORIZO A QUE PUEDAN REALIZARSE FOTOS Y VIDEOS: **SI** **NO**
- AUTORIZO LA CONSULTA DEL EMPADRONAMIENTO: **SI** **NO**

COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS

- Me comprometo a que mi hijo/a asista de forma regular todos los días que contempla la presente convocatoria.
 - Declaro bajo mi responsabilidad que toda la información y documentación aportada es veraz.
 - Declaro haber firmado el consentimiento informado sobre la situación actual de pandemia por COVID-19 y las circunstancias y riesgos que ello conlleva, para participar en actividades de ocio educativo infantil
- El incumplimiento de alguno de estos compromisos dará lugar a la pérdida de la plaza adjudicada y conllevará una penalización, según la cual no podrá volver a participar en actividades vacacionales convocadas por este Departamento de Educación durante un período continuado de tres años.*

En Madrid, a _____ de _____ de 2020

Firma del padre (o tutor)	Firma de la madre (o tutora)
---------------------------	------------------------------