

FECHA: \_\_\_\_\_  
Nº SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**VERANO MUNICIPAL, 2022**  
**AULA MUNICIPAL DE VERANO DE DANZA - AGOSTO**

DATOS DEL ALUMNO/A	
CURSO REALIZADO: _____	Nº HERMANOS MATRICULADOS/CURSO: _____
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
TELÉFONO FIJO: _____ MÓVIL 1: _____ MÓVIL 2: _____	
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NOMBRE DEL PADRE: _____	
PADECE ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD (SI/NO): _____ RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO/ALERGIAS (SI/NO): _____	
LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA (SI/NO): _____	
En caso afirmativo o de comunicación de otros datos de interés, comunicarlo documentalmente al formalizar la matrícula.	
PLAZA PARA ALUMNO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ASOCIADAS A DISTINTAS DISCAPACIDADES (SI/NO): _____	
SEMANAS SOLICITADAS	

_____ 1ª Semana 01 – 05 de agosto.	Precio 30€	_____
_____ 2ª Semana 08 – 12 de agosto.	Precio 30€	_____
DÍA: _____	Precio 06 €/día	_____
DÍA: _____	Precio 06 €/día	_____
DÍA: _____	Precio 06 €/día	_____
DÍA: _____	Precio 06 €/día	_____
DÍA: _____	Precio 06 €/día	_____

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**El ingreso puede hacerlo: LA CAIXA / ES10 2100 8176 2413 0030 9593 / Indicando en el ingreso: DANZA**  
**O SI ENTREGA LA MATRÍCULA PRESENCIALMENTE, EN EL MOMENTO DE SU ENTREGA**

**NO TIENE COMEDOR**

**DOCUMENTACIÓN GENERAL A ENTREGAR**

FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL ALUMNO/A

RECIBO DEL PAGO

**EN CASO DE URGENCIA**

Durante el transcurso de la actividad, avisar a: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE NIÑOS/AS**

Don/ña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO** a la siguiente persona a recoger a mi hijo/a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo/a para que regrese solo a casa (SI/NO): \_\_\_\_\_

Personas **NO AUTORIZADAS**:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:**

D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como Padre/Madre o Tutor del Alumno/a \_\_\_\_\_, AUTORIZO a la CONCEJALIA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDAD del EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO de Ciudad Real a un **uso pedagógico** durante el desarrollo de la actividad de verano 2018 de:

FOTOGRAFÍA y VIDEO (SI/NO): \_\_\_\_\_

SALIDAS O EXCURSIONES (SI/NO): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:**

AUTORIZO a la Concejalía de Educación y Universidad del Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Real para que mi hijo/a sea fotografiado o grabado para su publicación en los MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**FIRMA : PADRE/MADRE/TUTOR/A**

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se informa que los datos de carácter personal facilitados en este documento de matrícula, se incluirán en un fichero, inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar las actividades educativas del **EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CIUDAD REAL**, teniendo previsto cederlos a la posible empresa (cuyo nombre y datos de contacto se pueden facilitar en esta Concejalía) que desarrolle las actividades educativas en las que participe la persona matriculada. El alumno o, en caso de ser menor de 14 años, su padre, madre o tutor, con la firma de este documento, consiente expresamente el tratamiento y la cesión de sus datos relativos a la salud.

Ud. tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificarlos o, en su caso, cancelarlos, dirigiéndose al **Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Real** como responsable del fichero, con domicilio en Plaza Mayor 1, 13001, Ciudad Real.

Ciudad Real, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

**FIRMA DEL PADRE**

**FIRMA MADRE**

*(Es imprescindible la firma de ambos)*