

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS / DIA NO LECTIVOS CONCEJALÍA EDUCACIÓN
Modalidad B Plan Extensión y Mejora**

CURSO 2010/2011

Solicitud General

Adulto solicitante.....Centro de interés.....

Periodo al que asistirá e importe correspondiente:

Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Horario entrada	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
		Horario de salida	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>

Ha solicitado plaza para otro hermano SI NO

Datos del niño /a

Nombre:.....Primer Apellido:.....Segundo Apellido:.....
 Edad:.....Fecha de nacimiento:..... Centro Escolar en el que está matriculado.....
 Domicilio:.....nº.....bloque.....portal.....escalera.....letra.....
 Localidad.....Código Postal..... Empadronado en Boadilla del Monte: SI NO
 Nombre y apellidos de la madre:.....DNI.....
 Nombre y apellidos del padre:.....DNI.....
 Teléfono casa:.....teléfono móvil.....correo electrónico.....
 Otro contacto en caso de urgencia, si no puede contactar con los padres:
 Nombre y Apellidos.....Relación con menor.....teléfono.....

Desayuno en centro SI NO **Solicita plaza como niño/ a con necesidades educativas especiales *** : SI NO

*En caso afirmativo, adjunte documento que lo acredite.

Datos médicos

Indique si el niño/ a presenta algún problema que requiera atención especial (alergias, dieta, intolerancia...)
 D./Dña.....DNI.....autorizo a dar la medicación a continuación prescrita por su médico
 Medicamentos que toma (imprescindible adjuntar receta médica, indicando dosis y duración)

PROBLEMA	MEDICACIÓN	DESAYUNO	COMIDA

Autorización

D./Dña:.....como padre /madre /tutor/ a legal de declara bajo su responsabilidad que los datos que aporta son correctos. En caso de que se compruebe la falsedad, no se admitirá la solicitud presentada o en su caso, se perderá el derecho a la plaza adjudicada. Declaro haber leído y estar de acuerdo con el Protocolo de las actividades de Modalidad B del Plan de Mejora y Extensión del Ayuntamiento de Boadilla del Monte. Firma:

Autorizo SI NO a que se realicen fotografías o grabaciones para el periódico local u otro medio de comunicación (tv,radio ...)

Personas autorizadas para recoger a los niños:
 Nombre y apellidos.....DNI.....
 Nombre y apellidos.....DNI.....

Protección de datos: La Concejalía de Educación garantiza que todos los datos facilitados se utilizarán exclusivamente para la promoción de actividades que se realicen desde esta Concejalía de Educación. Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la L.O. 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la ley 8/2001 de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

E
J
E
M
P
L
A
R

P
A
R
A

A
D
M
I
N
I
S
T
R
A
C
I
Ó
N

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS / DIA NO LECTIVOS CONCEJALÍA EDUCACIÓN
Modalidad B Plan Extensión y Mejora**

CURSO 2010/2011

Solicitud General

Adulto solicitante.....Centro de interés.....

Periodo al que asistirá e importe correspondiente:

Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Periodo.....Importe	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Horario entrada	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
		Horario de salida	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>

Ha solicitado plaza para otro hermano SI NO

Datos del niño /a

Nombre:.....Primer Apellido:.....Segundo Apellido:.....
 Edad:.....Fecha de nacimiento:..... Centro Escolar en el que está matriculado.....
 Domicilio:.....nº.....bloque.....portal.....escalera.....letra.....
 Localidad.....Código Postal..... Empadronado en Boadilla del Monte: SI NO
 Nombre y apellidos de la madre:.....DNI.....
 Nombre y apellidos del padre:.....DNI.....
 Teléfono casa:.....teléfono móvil.....correo electrónico.....
 Otro contacto en caso de urgencia, si no puede contactar con los padres:
 Nombre y Apellidos.....Relación con menor.....teléfono.....

Desayuno en centro SI NO **Solicita plaza como niño/ a con necesidades educativas especiales *** : SI NO

*En caso afirmativo, adjunte documento que lo acredite.

Datos médicos

Indique si el niño/ a presenta algún problema que requiera atención especial (alergias, dieta, intolerancia...)
 D/ Dña.....DNI.....autorizo a dar la medicación a continuación prescrita por su médico
 Medicamentos que toma (imprescindible adjuntar receta médica, indicando dosis y duración)

PROBLEMA	MEDICACIÓN	DESAYUNO	COMIDA

Autorización

D./Dña:.....como padre /madre /tutor/ a legal de declara bajo su responsabilidad que los datos que aporta son correctos. En caso de que se compruebe la falsedad, no se admitirá la solicitud presentada o en su caso, se perderá el derecho a la plaza adjudicada. Declaro haber leído y estar de acuerdo con el Protocolo de las actividades de Modalidad B del Plan de Mejora y Extensión del Ayuntamiento de Boadilla del Monte. Firma:

Autorizo SI NO a que se realicen fotografías o grabaciones para el periódico local u otro medio de comunicación (tv,radio ...)
 Personas autorizadas para recoger a los niños:
 Nombre y apellidos.....DNI.....
 Nombre y apellidos.....DNI.....

Protección de datos: La Concejalía de Educación garantiza que todos los datos facilitados se utilizarán exclusivamente para la promoción de actividades que se realicen desde esta Concejalía de Educación. Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la L.O. 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la ley 8/2001 de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

E
J
E
M
P
L
A
R

P
A
R
A

I
N
T
E
R
E
S
A
D
O