**FICHA DE INSCRIPCIÓN SERVICIOS PLAN CORRESPONSABLES:**

***SERVICIO: LUDO- PISCINA EN MEDIANA DE ARAGÓN DEL 4/047/2022 AL 12/08/2022***)

***CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO:***

De las 25 plazas, como máximo 10 de ellas podrán estar ocupadas por menores que hayan cursado 1º, 2º o 3º de educación infantil durante el curso 2021-2022. El resto podrán ser ocupadas por menores de 6 a 16 años.

El servicio se prestará en la ludoteca y piscina municipal, pudiendo realizar actividades al aire libre. La entrega y recogida de los menores será en la ludoteca municipal. El horario del servicio será el siguiente;

* Entrada de 8h a 9h.
* Desarrollo de actividad de 9h a 13h.
* Recogida de los niños de 13h a 14h.

En el caso de que existan más demanda que plazas, se constituirá por el Centro de Servicios sociales correspondiente al eje 3 una lista de espera, atendiendo a los criterios que establece el Convenio de Plan corresponsables.

Si durante la actividad se produjesen más de 3 ausencias sin justificar, daría lugar a la pérdida de la plaza. Si se produce comunicación de una ausencia justificada, dará derecho a reserva de plaza, pudiendo ser ocupada por otro menor durante ese período. En caso contrario, se perderá directamente la plaza.

Los menores deberán venir provistos del material que se requiera y sobre todo de almuerzo saludable, además de equipo de baño, incluyendo gorra y crema solar.

***DATOS PADRE/MADRE/TUTOR:***

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**DNI:**

**TELEFONO:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**DIRECCIÓN:**

**LOCALIDAD:**

**COMARCA: PROVINCIA:**

***SITUACIÓN FAMILIAR:***

**¿CON INGRESOS?**

**SI: INGRESOS BRUTOS ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR:………………………**

**NO**

**FAMILIA PRIORITARIA: SI  NO**

Se consideran familias prioritarias aquellas que se encuentran en al menos uno de los siguientes supuestos: (Si es su caso, marque el que proceda)

Familias monoparentales.

Víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra las mujeres. 

Mujeres en situación de desempleo de larga duración. 

Mujeres mayores de 45 años o unidades familiares en las que existen otras responsabilidades relacionadas con los cuidados y mayores a su cargo ****

***DATOS DE LOS Y LAS MENORES:***

A continuación, incluya por favor los nombres de las o los menores para quienes se solicita el servicio. **Importante: SÓLO** debe introducir los datos para quienes se requiere el servicio, no es necesario incluir la totalidad de las o los menores de la unidad familiar. Añadir o quitar los menores que sean necesarios.

**MENOR 1:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO**: **EDAD:**

**OBSERVACIONES:** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONAL… CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

**CONOCIMIENTO DEL MEDIO ACUATICO:**

**MENOR 2:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:**

**OBSERVACIONES** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONA Y/0 CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE SOBRE LA SALUD DEL MENOR):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

**CONOCIMIENTO DEL MEDIO ACUATICO:**

**MENOR 3:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:**

**OBSERVACIONES** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONAL… CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

**CONOCIMIENTO DEL MEDIO ACUATICO:**

**MENOR 4:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:**

**OBSERVACIONES** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONAL… CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

**CONOCIMIENTO DEL MEDIO ACUATICO:**

***DATOS DE CONTACTO DURANTE EL SERVICIO*:**

**TELEFONO 1: PERSONA DE CONTACTO:**

**TELEFONO 2: PERSONA DE CONTACTO:**

***ENTREGA/ RECOGIDA DEL MENOR:***

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**TELEFONO:**

***TRATAMIENTO DE IMAGEN:***

DOY MI CONSENTIMIENTO para publicar imágenes, individuales o grupales, en las cuales aparece mi hijo/o mientras realiza las actividades. Las imágenes podrán ser difundidos en lo web del ayuntamiento, de la comarca, en carteles o publicidad, artículos de prensa...

o SI DOY MI CONSENTIMIENTO

o NO DOY MI CONSENTIMIENTO

EL/ LA ABAJO FIRMANTE DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE: SI EL MENOR PRESENTARA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES **NO** ASISTITIRÁ AL SERVICIO: FIEBRE (TEMPERATURA SUPERIOR A 37. 5º), MALESTAR GENERAL, VOMITOS O DIARREA. DE SER ASÍ, NO ACUDIRÁ AL SERVICIO HASTA QUE LA INFECCION ESTE RESUELTA.

AUTORIZO EN CASO DE NECESITARLO, QUE, EN CASO DE ACCIDENTE, ACTIVAR EL PROTOCOLO DEL SEGURO MÉDICO DEL SERVICIO.

DECLARA QUE CONOCE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SERVICIO Y EXPRESA SU COMPROMISO DE ESTRICTO CUMPILIMIENTO DE LAS MISMAS.

 AUTORIZA LA INSCRIPCIÓN DE EL/ LA /LOS / LAS MENORES EN LAS ACTIVIDADES DEL PLAN CORRESPONSABLES, ORGANIZADAS POR LA COMARCA CENTRAL, ACEPTANDO LAS NORMAS Y CONDICIONES DE ESTAS.

 **Y A PORTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA TODOS:**

* FOTOCOPIA DNI DEL PADRE MADRE O TUTOR Y DE LOS MENORES EN CASO DE TENER 14 AÑOS
* TARJETA SANITARIA DE LOS MENORES INSCRITOS
* LIBRO DE FAMILIA
* ULTIMA DECLARACIÓN DE LA RENTA O CERTIFICADO DE IRPF.

**EN SU CASO SI PROCEDE:**

* SENTENCIA DE DIVORCIO.
* TARJETA DE DEMANDA DE EMPLEO
* TITULO DE FAMILIA MONOPARENTAL
* INFORME MEDICO DEL MENOR
* CASO DE VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO ORDEN DE PROTECCION
* CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA

FIRMADO EN……………………………. A…………DE…….………………. DE 2022

SI PROCEDE RELLENAR UNA AUTORIZACIÓN EXPRESA POR MENOR AUTORIZADO:

**AUTORIZACIÓN EXPRESA:**

YO ,………………………………………………………… CON DNI………………..

EN CALIDAD DE PADRE/ MADRE O TUTOR. AUTORIZO A………………………………………………………. MAYOR DE 12 AÑOS A ENTRAR O SALIR SIN COMPAÑÍA DE UN ADULTO DEL SERVICIO DEL PLAN CORRESPONSABLES.

FIRMADO:……………………………………………………………………

**Información en Protección de Datos. -** Sus datos personales y los de los usuarios participantes de los servicios del Plan Corresponsables serán usados para registrar y atender su solicitud de inscripción, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Comunicaremos sus datos a terceras entidades cuando ello sea necesario para tramitar su solicitud o cuando una norma con rango de ley así lo exija, si bien no está prevista la cesión de su información fuera del Espacio Económico Europeo. Conservaremos sus datos mientras nos obliguen las leyes aplicables. Puede ejercitar sus derechos de protección de datos realizando una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: Comarca Central, Calle Molino Nº 1 Principal, CP 50180, Utebo (Zaragoza).

También puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: aeneriz@audidat.com

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Más información en nuestras oficinas.