



I. DATOS PERSONALES ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF / DNI / NIE	FECHA DE NACIMIENTO
NIVEL DE ESTUDIOS		CENTRO EDUCATIVO	

II. DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF / DNI / NIE	E-MAIL			
DOMICILIO		N.º.	ESC.	PLANTA	PTA.	
C.P.	MUNICIPIO	TELÉFONO DE URGENCIA 1		TELÉFONO 2	TELÉFONO 3	
¿El alumno/a padece alguna enfermedad?						
☐ SI ☐ NO						
En caso afirmativo indique cuál						
¿El alumno/a tiene alguna discapacidad?						
☐ SI ☐ NO						
En caso afirmativo indique cuál						

III. DATOS ALERGIAS

Debe ir acompañada del informe médico y del plan de actuación redactado por los padre/madres o tutores.	
TIPO DE ALERGIA/INTOLERANCIA	
ALIMENTOS RESTRINGIDOS	
DATOS QUE SE DEBEN TENER EN CONSIDERACIÓN	
SINTOMATOLOGÍA ANTE UNA INGESTA ACCIDENTAL	



IV. MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

- ☐ Notificación en papel.
- ☐ Notificación electrónica (**SI ELIGE ESTA OPCIÓN, ES NECESARIO DISPONER DE CERTIFICADO ELECTRÓNICO PARA ACCEDER A LA NOTIFICACIÓN**) Acepto que se me notifique de forma electrónica, como mecanismo de notificación utilizando para ello la dirección de correo electrónico indicada a continuación a efectos de aviso de notificación:

V. OPOSICIÓN A LA INTEROPERABILIDAD ENTRE ADMINISTRACIONES

- ☐ El/la solicitante manifiesta expresamente su oposición a que la administración actuante pueda consultar o recabar datos y documentos de cualquier Administración, en cuyo caso deberá aportar con la solicitud la documentación acreditativa correspondiente (art. 28.2 Ley 39/2015. Redactado por la disposición final 12 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.)

VI. PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL/LA ALUMNO/A

Autorizo a las siguientes personas para que puedan recoger a mi hijo/a		
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO

SOLICITO, como representante legal del menor relacionado en esta solicitud, el servicio de **Apoyo Escolar (Programa de Acción Comunitaria)**. Así mismo, declaro la veracidad de los datos aportados.

Declaro bajo mi responsabilidad ostentar la potestad suficiente del menor relacionado, para autorizar el tratamiento de los datos de carácter personal en relación con la actividad: **Apoyo Escolar (Programa de Acción Comunitaria)**.

- ☐ **Doy mi consentimiento** para el tratamiento de imágenes que puedan recogerse en el transcurso de la actividad, las cuales pueden ser objeto de publicación en medios y redes sociales de este Ayuntamiento. Las imágenes no serán cedidas a terceras partes, salvo en los supuesto previstos por la Ley.
- ☐ **No doy mi consentimiento** para el tratamiento de imágenes.

VII. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

AUTORIZO al menor, al que represento legalmente, a participar y asistir a las actividades extraordinarias que se desarrollen fuera del recinto del servicio Apoyo Escolar (Programa de Acción Comunitaria) y me comprometo con el cumplimiento de las normas de funcionamiento que se relaciona a continuación:

- Respetar los horarios de entrada y salida.
- Respetar a los/las monitores/as, compañeros/as, instalaciones y materiales
- Padres y madres serán los responsables de la entrada y salida de sus hijos/as. Si precisa delegar en terceros deberá comunicarlo a la persona responsable de Apoyo Escolar (Programa de Acción Comunitaria).
- Padre y madres no accederán a las zonas de actividades.
- Padres y madres han de estar localizables por si ocurre alguna incidencia por la que tengamos que ponernos en contacto con ellos.
- Los/las monitores/as no se responsabilizan de las incidencias fuera de la actividad programada.
- La no asistencia, 5 días o más sin justificar, puede provocar la baja directa de los participantes, pudiendo ofrecer su plaza a otra persona que se encuentre en lista de espera.

San Vicente del Raspeig a :

Firma Padre/Madre/Tutor/a:

SR./SRA. ALCALDE/SA DEL AYUNTAMIENTO DE SAN VICENTE DEL RASPEIG