



ANEXO I. Solicitud de Plaza en la Escuela de Verano

DATOS DEL SOLICITANTE		
Apellidos y Nombre:		
DNI/NIF:	Fecha de Nacimiento	Estado Civil:
Domicilio:		Teléfono:
Nº de miembros de la unidad familiar:		
Nº de miembros de la unidad familiar con discapacidad:		
Nº de menores de 0 a _____ años:		

DATOS DEL MENOR PARTICIPANTE		
Apellidos y Nombre:		
Necesidades educativas Especiales:		
Fecha de Nacimiento:	Edad	
Periodo Solicitado:		
Mes: Julio <input type="checkbox"/>		

DATOS DEL MENOR PARTICIPANTE		
Apellidos y Nombre:		
Necesidades educativas Especiales:		
Fecha de Nacimiento:	Edad	Parentesco:
Periodo Solicitado:		
Mes : Julio		

Yo, el solicitante, DECLARO bajo mi responsabilidad, ser ciertos y comprobables documentalmente todos y cada uno de los datos consignados en la presente solicitud, así como los siguientes:

Que no ha recibido ayudas para la misma finalidad y período. En caso contrario, adjunto fotocopia de la notificación de ayuda concedida, donde se especifique el importe, periodo y entidad concedente.



Ayuntamiento de Camporrobles



Que autoriza expresamente al Ayuntamiento de Camporrobles para recabar cualquier tipo de información que pueda obrar en su poder o solicitarla a otras Administraciones.

Que acepta todos los requisitos establecidos en la presente Convocatoria.

En Camporrobles, a de de 2016.

Fdo. _____

ILMO. SR. ALCALDE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CAMPORROBLES



ANEXO II. Ficha del Menor

DATOS DEL SOLICITANTE (padre, madre o tutor/a)
Nombre y apellidos: _____
DNI: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono trabajo: _____
DATOS PERSONALES DEL MENOR PARTICIPANTE
Nombre y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: __/__/__
Domicilio: _____
¿Has padecido o padeces alguna enfermedad o defecto físico importante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar cuales: _____
¿Te han suministrado en los 2 últimos años la vacuna antitetánica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tienes algún tipo de alergia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar cuales: _____
¿Te encuentras actualmente en tratamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar cuales: _____
CONTACTOS EN CASO DE URGENCIA
Durante el desarrollo de la actividad, avisar a D/Dª: _____
Teléfonos: _____
PERSONAS AUTORIZADAS EN LA RECOGIDA
Nombre y apellidos: _____
DNI: _____
CAMPAMENTO ADJUDICADO: (A rellenar por el Ayuntamiento)

Autoriza a su hijo/hija/tutelado/a objeto de la presente inscripción a asistir a la actividad de referencia de acuerdo con las condiciones que se establecen en la convocatoria y a que la organización capte la imagen del participante, con destino exclusivo a ilustrar memoria y/o resumen de la propia actividad.

En _____, a __ de ____ de 20__

Fdo. _____