AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

INSCRIPCIÓN TALLER DE ARTE 2025.

El **Ayuntamiento de Mazarrón** implanta un Espacio para el **TALLER DE ARTE 2025** en el municipio de Mazarrón. En este caso, la sede donde se llevará a cabo su desarrollo será CEIP Francisco Caparrós (Mazarrón), cuyo centro educativo se encuentra acondicionado para este servicio con sus respectiva Aula Abierta. El horario se encuentra comprendido entre las 9.00h (inicio actividad) y las 14:00h (finalización actividad). Esta iniciativa se encuentra dirigida a personas con diversidad funcional con al menos un 33%, desde los 3 hasta los 20 años y aquellas personas con diversidad funcional empadronadas en Mazarrón, o personas usuarias de Centros ubicados en el Municipio de Mazarrón **(EN EL CASO DE LISTA DE ESPERA TENDRAN PRIORIDAD LAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL MUNICIPIO)**, a cargo de familias que necesiten conciliar la vida laboral y privada. La duración de la actividad comprende del 04 de agosto al 14 de agosto de 2025, ambos incluidos. La recogida de inscripciones se efectuará a través de Registro de entrada del Ayuntamiento de Mazarrón o por sede electrónica.

***Aquellos solicitantes que hayan participado en "VACACIONES INCLUSIVAS 2025" sólo deberán aportar la solicitud cumplimentada y debidamente firmada.**

DATOS NIÑO/A PARTICIPANTE

Nombre		Apellidos			
Fecha de nacimiento		DNI/Pasaporte/NIE			
Lugar de Nacimiento:		Provincia		País	
Dirección				C.P.	
Municipio		Provincia			

PADRE/MADRE/TUTOR/A 1

Nombre		Apellidos			
Fecha de nacimiento		DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:		Provincia		País	
Teléfonos:					

PADRE/MADRE/TUTOR/A 2

Nombre		Apellidos			
Fecha de nacimiento		DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:		Provincia:		País	
Teléfonos:					

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE NIÑOS/AS:

Autorizo a las siguientes personas para que recojan al/la niño/a al finalizar la actividad:

FAMILIAR/PARENTESCO	NOMBRE	TELÉFONO

AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA, TRATAMIENTO Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE LOS PROGENITORES

ENTIDAD	**AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN**
PROGRAMA	**TALLER DE ARTE 2025**
AÑO	**2025**

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR		
APELLIDOS:		**NOMBRE:**
DNI:	**TELÉFONO:**	
DOMICILIO:		
MUNICIPIO:	**CP:**	

Por favor, antes de firmar lea detenidamente la información de este documento.

1. Mediante la cumplimentación y firma de este documento, el interesado acepta y autoriza expresamente que sus datos personales, sean tratados en la forma Y CON LAS LIMITACIONES Y DERECHOS QUE RECOGE LA Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

Asimismo, se le informa de lo siguiente:

a) Sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Ayuntamiento de Mazarrón con domicilio C. San Antonio, 2 con CIF P3002600I. Además, sus datos podrán ser comunicados a cualquiera de las entidades públicas que integran la Administración Estatal, Local y Autonómica.

b) Con la firma de este documento el interesado autoriza a la entidad citada y a la Administración Regional y Local para que realicen consultas en ficheros públicos para acreditar la concurrencia de requisitos para poder participar en los programas subvencionados a través de la convocatoria de subvenciones

c) De acuerdo con la legislación vigente, el interesado tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la forma prevista en la citada Ley Orgánica y en su reglamento de desarrollo.

d) El programa en el que participa está financiado por el Fondo Social Europeo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social de la Comunidad Autónoma dela Región de Murcia.

2. En caso de que el número de inscripciones supere el número de plazas, se considerará como criterios se valorarà por orden de registro de entrada.

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que figuran en este formulario, y me comprometo a facilitar los datos que me sean requeridos en un futuro inmediato.

* Se valorara asistencia, pudiendo cubrir la plaza por otra persona en el caso de faltas sin justificar .

En Mazarrón, a de 2025

Firma: _____

AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

FICHA MÉDICA DEL SOLICITANTE

Complete todas las casillas, aunque la respuesta sea negativa. Marque con una “X”.

DATOS SOCIOSANITARIOS	SÍ	NO	ESPECIFIQUE TIPO
¿TIENE LAS VACUNAS PERTINENTES?			
Alérgico/a a MEDICAMENTOS			
ALERGIAS ambientales			
AFECCIONES frecuentes			
Sigue TRATAMIENTO durante el servicio DE TALLER DE ARTE 2025			
DATOS NUTRICIONALES	**SÍ**	**NO**	**ESPECIFIQUE los alimentos que NO PUEDE TOMAR**
CELIACO			
DIABÉTICO			
ALERGIAS ALIMENTARIAS			
OTRAS DIETAS ESPECÍFICAS			
DATOS FÍSICOS	**SÍ**	**NO**	**En caso de existir alguna limitación, ESPECIFIQUE cuál y su causa**
Puede realizar cualquier actividad física con normalidad			
DATOS del DESARROLLO	**SÍ**	**NO**	**ESPECIFIQUE CUÁL**
Sufre algún tipo de TRASTORNO DEL DESARROLLO (TEA, TDAH, ETC)			
PATRÓN DE CONDUCTA DESTACABLE (Muestra alteraciones del comportamiento como agresividad, ira o ansiedad)	**SÍ**	**NO**	**ESPECIFIQUE CUÁL**
ADAPTACIONES AMBIENTALES NECESARIAS (Necesita realizar adaptaciones sensoriales del entorno, luz o sonido)	SÍ	NO	**ESPECIFIQUE CUÁL**

OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEE CONTAR:

AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

Declaro bajo mi responsabilidad la veracidad de estos datos

FIRMA padre/madre y/o tutor/a: **Fecha: de 2025**

Manifiesto que dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; por parte del Ayuntamiento de Mazarrón se solicita la autorización para que, de forma voluntaria y carácter gratuito, las fotografías o vídeos que se realicen del/de la participante durante el ejercicio de la actividad, puedan ser utilizadas por estas entidades sin límite temporal ni geográfico alguno, en cuantas acciones y actividades realice para el cumplimiento de sus fines y objetivos institucionales. En consecuencia, el Ayuntamiento de Mazarrón queda autorizado a utilizar las imágenes del/la participante, captadas en el ejercicio de la actividad descrita, para su impresión, reproducción, difusión, distribución, exposición, publicación, etc. en cualquier medio o soporte (carteles, web, folletos etc), en el marco del desarrollo y para la difusión de las actividades de la entidad, comprometiéndose, asimismo, a no hacer uso de la imagen del/la participante para otros fines distintos.

Marca con una X a la conformidad de la cesión de imágenes:

SI AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO ☐

Nota: La inscripción deberá estar totalmente cumplimentada y firmada por ambos progenitores/tutores o bien el/la firmante se compromete a informar al otro progenitor.

La inscripción en el proyecto con lleva la aceptación de las normas de funcionamiento del proyecto.

Tutor 1
Lugar y fecha:
Firma:

Tutor 2
Lugar y fecha:
Firma:

LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

En cumplimiento de la normativa vigente de Protección de Datos Personales y con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679, se le informa de la incorporación de sus datos personales a un fichero cuyo responsable es el Ayuntamiento de Mazarrón. El titular podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación sobre los mismos mediante escrito dirigido al domicilio responsable, en plaza del Ayuntamiento núm. 1. En el domicilio del responsable se hallan a su disposición modelos de escrito para el ejercicio de tales derechos.

Mazarrón a____de_____de 2025

Fdo.:

AYUNTAMIENTO DE **MAZARRÓN**
CONCEJALÍA DE POLÍTICA SOCIAL

DATOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:

☐ Fotocopia del D.N.I./N.I.E en vigor de todos los miembros de la unidad familiar.

☐ Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del/a solicitante.

☐ Acreditacion del grado de discapacidad.

☐ Libro de familia completo.

	NOMBRE	APELLIDOS	D.N.I./N.I.E	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DE PARENTESCO	FIRMA
1		1º 2º				
2		1º 2º				
3		1º 2º				
4		1º 2º				
5		1º 2º				
6		1º 2º				
7		1º 2º				
8		1º 2º				
9		1º 2º				
10		1º 2º				

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN TALLER DE ARTE 2025

Yo D/Dña._____con DNI_____madre/ padre_____ como madre/padre o tutor de:_____.

Yo D/Dña. _____ con DNI_____ madre

padre_____como madre/ padre o tutor de:_____.

Autorizo a que se le administre medicación pautada puntual, tratamiento crónico o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos o pruebas rutinarias de control y tratamiento pautadas por facultativo médico, y que por lo tanto me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o vía telemática al M.I. Ayuntamiento de Mazarrón con suficiente antelación:

1. Informe médico y copia de la receta, que indique claramente:
    - **Nombre del medicamento:_____.**
    - **Dosis:_____.**
    - **Hora que debe tomarlo:_____.**
    - **Duración del tratamiento:_____.**

Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en el horario del **TALLER DE ARTE 2025**, y que cada día ira y volverá del Programa a casa.

Firma:_____ Firma: _____

Mazarrón a de del 2025.

***No se recibirá medicamento alguno directamente de manos de los niños, éstos deben ser entregados en correctas condiciones por y personal adulto o el responsable designado directamente. En dicho caso se debe comunicar y confirmar por parte del padre y madre que esta medicación ha sido entregada. Deberá ir indicada dosis diaria fecha de inicio y fin del tratamiento**.

*** Deberá presentar en registro del M.I. Ayuntamiento o bien por sede electrónica los documentos indicados anteriormente junto con DNI de padre/ madre o tutor legal.**

AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS DIDÀCTICAS Y/O RECREATIVAS TALLER DE ARTE 2025

AUTORIZO A MI HIJO/A ……CON DNI……..A PARTICIPAR DE TODAS LAS ACTIVIDADES Y SALIDAS DIDACTICAS O RECREATIVAS (A PIE Y/O TRANSPORTE) DE TALLER DE ARTE 2025.

…….. **……..**

FIRMA MADRE **FIRMA PADRE**

DNI: …….. **DNI:……..**