



AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

INSCRIPCIÓN TALLER MULTISENSORIAL

El Ayuntamiento de Mazarrón, a través de la concejalía de Política Social, implanta un espacio de **TALLERES MULTISENSORIALES EN NAVIDAD PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL** 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 un 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 TENDRÁN PRIORIDAD LAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL MUNICIPIO, y POR ORDEN DE ENTRADA EN REGISTRO**). La duración de la actividad comprende del 22 de diciembre al 5 de enero de 2026, ambos incluidos. La recogida de inscripciones se efectuará a través de Registro de entrada del Ayuntamiento de Mazarrón o por Sede Electrónica.

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 MULTISENSORIAL EN NAVIDAD PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL	
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/a acepta y autoriza expresamente que sus datos personales, sean tratados en la forma Y CON LAS LIMITACIONES Y DERECHOS QUE RECOGE LA **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales**.
2. Asimismo, se le informa de lo siguiente:
 - a) Sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es el Ayuntamiento de Mazarrón con domicilio C. San Antonio, 2 con CIF P3002600I. Además, sus datos podrán ser comunicados a las entidades locales, autonómicas y estatales que intervengan en el Proyecto.
 - b) Con la firma de este documento el/la interesado/a 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, Supresión, Limitación del Tratamiento, Portabilidad 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 de la Región de Murcia.
3. En caso de que el número de inscripciones supere el número de plazas, se considerará como criterio 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 valorará 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	SI	NO	ESPECIFIQUE TIPO
¿TIENE LAS VACUNAS PERTINENTES?			
ALERGIAS ambientales			
AFECCIONES frecuentes			
DATOS NUTRICIONALES	SI	NO	ESPECIFIQUE los alimentos que NO PUEDE TOMAR
CELIAQUÍA			
DIABÉTES			
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	SI	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:

La finalidad de solicitar esta información es **exclusivamente** garantizar la **seguridad, salud Y bienestar** del/de la participante, y **adaptar las actividades y la atención** proporcionada durante el desarrollo del taller.

El personal que tratará esta información sensible está sujeto a la **obligación de secreto profesional y confidencialidad**.

Por tanto, y de acuerdo con lo dispuesto en el **artículo 9 del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)** se precisa el consentimiento explícito del solicitante o sus representantes legales para el tratamiento de la información:

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 esté 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, encuanto a 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 conlleva la aceptación de las normas de funcionamiento del mismo.

Tutor1

Lugar y fecha:

Firma:

Tutor2

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 **acceso, Rectificación, Supresión, Limitación del Tratamiento, Portabilidad y Oposición** 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.

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 / la solicitante.
- Acreditación del grado de discapacidad.
- Libro de familia completo