|  |  |
| --- | --- |
| **Nº DE SOLICITUD:** |  |

 **ENTREGAR DOS EJEMPLARES**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL/ DE LA MENOR.** |

Nombre y Apellidos: ................................................................................................................... Edad...........

Fecha de nacimiento: .............................................

Domicilio: (Calle o Plaza) .................................................................. Nº: ............. Piso: ......... C.P.: ....................

**Modalidad de solicitud**: General

 Necesidades Educativas Especiales **(Entregar informe)**

 Trastorno Generalizado del Desarrollo **(Entregar informe y Certificado de Aula preferente)**

 Motórico **(Entregar informe)**

|  |
| --- |
| **2. DATOS FAMILIARES.** |

**Padre o tutor legal:**

Nombre y Apellidos: ........................................................................... DNI/NIF/NIE: .....................................

**Madre o tutora legal:**

Nombre y Apellidos: ........................................................................... DNI/NIF/NIE: .....................................

**Teléfonos:** (casa)........................................... (trabajo).................................. (móvil) ....................................

**Correo electrónico**:…………………………………………………………. (Con letra clara y legible, por favor)

**Otro contacto en caso de urgencia, si no se puede contactar con padre/madre/tutor/tutora legal**:

Nombre y Apellidos:................................................................ Relación con el/la menor: .................................

Teléfono:(fijo).............................. (móvil)………..................

**CENTRO ABIERTO SOLICITADO:**…………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODALIDAD** | **PERIODO SOLICITADOS**  | **CENTRO ABIERTO ASIGNADO** | **FAMILIA NUMEROSA** |
| **Educación Infantil** **Educación Primaria** | 23, 28, 29 y 30 de diciembre de 2020 y 4 y 5 de enero de 2021 |  | **General** **Especial**  |

**.**

|  |
| --- |
| **3. DATOS MÉDICOS.** |

Indique si el/la menor presenta alguna circunstancia que requiera atención especial (alergias, intolerancias, celiaco/a, dietas especiales)............................................................................................................................

......................................................................................................................................................................

Medicamentos que toma (es imprescindible que se adjunte la receta médica, indicando dosis y duración) ..................................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **4. AUTORIZACIONES.** |

**Antes de firmar la solicitud, debe leer la “INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS” que figura al pie de esta página.**

El padre, la madre o representante legal del menor o de la menor,

- Declara bajo su responsabilidad que todo lo expuesto en esta preinscripción es cierto y no se ha omitido ningún dato médico o personal de interés, en especial relativo a necesidades sanitarias o riesgos de salud.

- Conoce y acepta las condiciones de participación en el programa publicadas en la página web municipal y expuestas en el lugar de inscripción.

-Autoriza su participación en las actividades que se realicen fuera del centro, (en caso negativo los menores participantes podrán ser atendidos en un centro diferente del asignado). SI NO

-Autoriza su participación en los reportajes audiovisuales que puedan realizarse en el centro. SI NO

- En caso de no recogerle personalmente, autorizo a......................................................................... con D.N.I:............................

a hacerlo en mi lugar.

Teléfonos persona autorizada: (fijo)....................................... (móvil)...................................

Firma:

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

***Protección de datos de carácter personal: INFORMACIÓN BÁSICA***

*Tratamiento: Centros abiertos, Centros de vacaciones y Campamentos para la conciliación de la vida familiar y laboral.*

*Responsable: Dirección General de Familias, Infancia, Educación y Juventud, sita en Paseo de la Chopera, 41, Madrid 28045*

*Finalidad: Gestionar las solicitudes y asegurar la atención a los participantes y sus familias*

*Legitimación:* I*nterés público: Ley 22/2006, de 4 de julio, de Capitalidad y Régimen Especial de Madrid.*

*Destinatarios: Los datos no podrán ser cedidos a terceros salvo en los supuestos previstos en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.*

*Derechos: La forma de ejercer los derechos de acceso, rectificación supresión, limitación del tratamiento y portabilidad se describe en la información adicional.*

*Delegación de Protección de Datos: Dirección General de Transparencia, Administración Electrónica y Calidad. C/ Alcalá, 45, 1ªplanta, 28014 Madrid.* Correo electrónico*:* *oficprotecciondatos@madrid.es*

*Información adicional: Página web municipal www.madrid.es/educacion*