



(Zona para sello del Registro General)

SOLICITUD DEL PROGRAMA “COMPARTIENDO EN VERANO” 2017

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:		PADRE		MADRE		TUTOR/A	
NOMBRE		APELLIDOS					
DNI	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO		CORREO ELECTRONICO			
DOMICILIO				LOCALIDAD		C.P.	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Señalar sólo si es distinto al domicilio habitual)							
NÚMERO DE MIEMBROS QUE COMPONEN LA UNIDAD FAMILIAR:							
FAMILIA MONOPARENTAL, documentación que aporta:							

DATOS DE LOS/LAS MENORES PARA LOS QUE SE SOLICITA PLAZA:

NOMBRE	APELLIDOS	F. NACIMIENTO	COLEGIO AL QUE ACUDIO EN EL CURSO 15/16

CENTRO QUE SOLICITA PARA EL PROGRAMA “COMPARTIENDO EN VERANO” 2016:

Colegio Público Antonio Allúe Morer	Calle Sargento Provisional 10	<input type="checkbox"/>
Colegio Público M^a Teresa Iñigo de Toro	Calle Morena 11	<input type="checkbox"/>
Colegio Público Entre Ríos	Calle Soto 64	<input type="checkbox"/>
Colegio Público Miguel Hernández	Calle Tordo 7	<input type="checkbox"/>

PERIODO O PERIODOS PARA LOS QUE SE SOLICITA PLAZA:

3 al 14 de julio	<input type="checkbox"/>
17 al 31 de julio	<input type="checkbox"/>
1 al 14 de agosto	<input type="checkbox"/>
16 al 31 de agosto	<input type="checkbox"/>
Meses de julio y agosto	<input type="checkbox"/>
Fechas determinadas (señalar días de inicio y final)	

SEÑALAR SI SE REQUIERE DIETA ESPECIAL:

NOMBRE DEL/LA MENOR	TIPO DE DIETA

PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER A LOS/LAS MENORES:

(Señalar los datos de la persona autorizada si es distinta a la solicitante o representante)

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA AUTORIZADA	DNI/NIE

SOLICITANTE DERIVADO POR:	CEAS/OTROS	PROFESIONAL

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA	DNI	LIBRO FAMILIA	TARJETA SANITARIA	OTROS

AUTORIZACIÓN DERECHOS DE IMAGEN:

Mediante la firma de este documento, autorizo a tomar grabaciones de imagen, (tanto en formato fotográfico como en video) de los niños que acuden al programa "Compartiendo Verano" del año 2016 y que figuran en la tabla siguiente. Estas imágenes pueden servir de base para la elaboración de material divulgativo, con fines educativos y no comerciales.

NOMBRE DE LOS/LAS MENORES	APELLIDOS

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de la presente solicitud serán incluidos en un fichero para su tratamiento automatizado, y serán facilitados a la entidad colaboradora correspondiente, que los utilizará exclusivamente para la correcta gestión de la prestación.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Valladolid, a dede 2017.

FIRMA SOLICITUD	FIRMA AUTORIZACIÓN DERECHOS IMAGEN
-----------------	------------------------------------