



Marque con una X la situación o situaciones, relacionadas por orden de prioridad, de tipo socio-familiar de la niña o niño que participa en el Servicio. **Siendo imprescindible presentar la documentación que lo acredite.**

- 1º Familia víctima de violencia de género.

Sentencia o Resolución Judicial que declare la existencia de una situación de violencia de género; informe del Ministerio Fiscal sobre la existencia de indicios de una situación de violencia de género; Orden de protección o resolución que acuerde la adopción de medidas cautelares de protección; Informe del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha o, en su caso, del organismo competente en materia de igualdad que lo sustituyera.

- 2º Familia monomarental o monoparental**  
( libro de familia u otro documento legal que acredite la condición)

- 3º Mujer en situación de desempleo, que realice acciones formativas o búsqueda activa de empleo** ( Darde, acreditación oficial que refleje la formación o búsqueda activa de empleo;)

- 4º Mujer mayor de 45 años (DNI)

- 5º Unidad familiar en la que existan otras cargas relacionadas con los cuidados.**

Acreditar grado de minusvalía de los familiares dependientes a su cargo y el alcance de ésta; acreditación de familia numerosa

- 6º Familias donde no concurren ninguna de las situaciones prioritarias anteriores.

La persona abajo firmante, desea inscribir a su hijo-a en edad comprendida entre los cuatro a catorce años, en el Campamento Navideño en Yunquera, actuación dentro del **Programa Corresponsables**, que organiza el Ayuntamiento de Yunquera de Henares y desarrolla la empresa Choosing Big, S.L. autorizando a mi hijo-a a participar. Y eximo a los organizadores y gestores del campamento de toda responsabilidad producida por actos negligentes que mi hijo/a pudiera causar.

Se acompaña la documentación que acredita las condiciones prioritarias que se detallan en esta Ficha; así como la documentación que consta en la Resolución de Alcaldía adjunta a esta ficha, en el apartado CRITERIOS DE VALORACIÓN y ello para el caso que establece su Disposición Quinta

Se acompaña también debidamente cumplimentada la ficha sanitaria facilitada

Autorizo a mi hijo/a a realizar salidas fuera de los locales donde se van a realizar el campamento, bajo la supervisión y cuidado de los monitores.

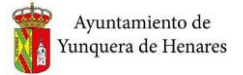
*De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, consiento que mis datos y los de mi hijo/a facilitados en cualquier formato (verbal, escrito o telemático), sean incorporados a los ficheros cuyo responsable es el Ayuntamiento de Yunquera de Henares, con la finalidad de poder gestionar mi relación con la misma. Asimismo, consiento el envío de comunicaciones incluidas las comerciales, aun por medios electrónicos. Quedo informado que mis datos y los de mi hijo/a serán cedidos, a la empresa coorganizadora del campamento y de las empresas que organice actividades puntuales que lo requieran, y a la compañía aseguradora con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante un posible accidente. Autorizo al Ayuntamiento de Yunquera de Henares y a la empresa coorganizadora a usar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir reproducciones fotográficas, grabaciones en video o audio en las que participa mi hijo/a para uso únicamente divulgativo y escolar, respetando en todo momento el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los participantes. El interesado o representante legal (en su caso), manifiesta bajo su responsabilidad que el menor inscrito no tiene impedimento físico o médico para desarrollar con normalidad la actividad en la que se inscribe.*

Fdo.- .....

En Yunquera de Henares, a..... de diciembre de 2021



**CORRESPONSABLES**



(Rellenar este impreso con letra clara y legible, ya que son datos médicos importantes)

REFERENCIAS PERSONALES			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	
DIRECCIÓN DE LOS FAMILIARES:			
MÓVIL DEL PADRE:		MÓVIL DE LA MADRE:	
TELÉFONO 1:		TELÉFONO 2:	
INFORMACIÓN MÉDICA			
Tipo de Grupo Sanguíneo:			
¿Debe administrarse medicación durante la Ronda/Actividad...? (en caso afirmativo, indicar nombre y dosificación)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (Indicar tipo y tratamiento a seguir y si debe ser visitado por facultativo)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Padece algún tipo de alergia? (Indicar tipo y tratamiento a seguir)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Debe seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante el curso? (Celíacos,...)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Intolerancia a medicamentos o componentes. Especificar:	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Intolerancia a alimentos. Especificar:	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a suministrar medicamentos, en caso necesario, compuestos de paracetamol e/o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad y tolerancia (Jarabe y/o comprimidos) Ej. Dalsy, Apiretal	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Padece algún tipo de dificultad (De lenguaje, de vista, dislexia,...)? Especificar:	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Requiere atención nocturna especial (insomnio, enuresis, sonámbulo,...)? Especificar:	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente, o debido a su carácter?:	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras Observaciones. Cuidados o precauciones sobre su edad y seguridad, costumbres,...	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones?	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está vacunado contra el tétanos?	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RESTRICCIONES: (Actividades que NO puede realizar por motivo de salud). Especificar:	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Qué enfermedades ha pasado? (Sarampión, hepatitis, asma, cardíacas, otras,...). Especificar:			

(Adjuntar más hojas de ser necesario)

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:**

- Tarjeta Sanitaria
- Tarjeta de Asistencia Privada

PEGAR LA COPIA DE LA  
TARJETA SANITARIA  
(Solo la cara principal)