



**BARBASTRO**  
AYUNTAMIENTO

## MATRICULA LUDOTECA-TALLERES URBANOS VERANO '21

### DATOS PERSONALES:

|                                |  |                     |  |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| Nombre:                        |  | NIF:                |  |
| Apellidos:                     |  |                     |  |
| Colegio:                       |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Dirección:                     |  |                     |  |
| Curso:                         |  | Infantil: Primaria: |  |
| Condición minusvalía:          |  |                     |  |
| Población:                     |  | CP:                 |  |
| Teléfono en caso de urgencias: |  | E-mail:             |  |

### DATOS DEL REPRESENTANTE (PADRE/MADRE/TUTOR)

|                     |  |            |  |
|---------------------|--|------------|--|
| Nombre y Apellidos: |  | NIF:       |  |
| Dirección:          |  |            |  |
| Población:          |  | Provincia: |  |
| E-mail:             |  | Teléfonos: |  |

1. Autorizo al menor a asistir a la ludoteca-talleres organizado por el Ayuntamiento de Barbastro, las semanas indicadas en la preinscripción:

2. Autorizo a que las siguientes personas puedan recogerlo:

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**DNI**

3. Por último autorizo al equipo responsable de la ludoteca-taller para poder registrar imágenes fotográficas o audiovisuales a mi hijo/a en el marco de las actividades propias de la actividad, mientras el material se utilice únicamente para la difusión de las misma. Como responsable legal del menos me reservo el derecho de ver todos los materiales en los que aparezca y a oponerme a su difusión y publicación a a pedir su restitución y su destrucción.

Firma madre, padre o tutor legal

**DATOS SANITARIOS:**

|   |  |
|---|--|
| <b>IMPORTANTE: La omisión de datos de este apartado será causa de NO ADMISIÓN o ANULACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN</b> |  |
| Tipo de asistencia sanitaria (Seguridad Social, MUFACE, etc.):  |  |
| ¿Está al corriente del calendario de vacunaciones?  |  |
| ¿Es alérgico?:  |  |
| ¿Padece algún tipo de enfermedad o discapacidad?  |  |
| En caso afirmativo, indíquela   |  |
| Indique si existe algún tipo de restricción alimentaria o dieta especial:                                       |  |

|  |
|--|
| Indique otras situaciones de salud que sea necesario que conozcan los responsables del campamento: |
|--|

**AUTOLIQUIDACIÓN:**

| SEMANAS                       | PRECIO HORARIO<br>COMPLEMENTARIO | PRECIO: 30 € / SEMANA | PRECIO HORARIO<br>COMPLEMENTARIO | IMPORTE |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------|
|                               | 8:00-9:00: 1 € / HORA            |                       | 14:00-15:00: 1 € / H             |         |
| Semana del 5 al 9 de julio    |                                  |                       |                                  |         |
| Semana del 12 al 16 de julio  |                                  |                       |                                  |         |
| Semana del 19 al 23 de julio  |                                  |                       |                                  |         |
| Semana del 26 al 30 de julio  |                                  |                       |                                  |         |
| Semana del 2 al 6 de agosto   |                                  |                       |                                  |         |
| Semana del 9 al 13 de agosto  |                                  |                       |                                  |         |
| Semana del 16 al 20 de agosto |                                  |                       |                                  |         |

**ADJUNTAR JUSTIFICANTE DEL INGRESO DE LA TASA CORRESPONDIENTE EN EL N.º DE CTA:****ES27-2085-21-54330300232028**

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero titularidad de este Ayuntamiento, pudiendo ser utilizados por el mismo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias, así como ser cedidos o comunicados a otras Administraciones Públicas (AAPP) o terceros, y solicitar información que obre en el propio Ayuntamiento o en otras AAPP, en los supuestos previstos en la mencionada Ley. Se les informa asimismo, sobre la posibilidad que Ud. tienen de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en relación con sus datos personales, en los términos establecidos legalmente, utilizando los formularios correspondientes disponibles en el sitio web de la Agencia de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)) y enviándolos cumplimentados a la dirección del Delegado de Protección de Datos del Ayuntamiento de Barbastro, [bbuildomper@barbastro.org](mailto:bbuildomper@barbastro.org)



**BARBASTRO**  
AYUNTAMIENTO

## ANEXO I

### Modelo de aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado para participar en colonias urbanas sin pernocta.

D/Dña.....con nº de  
DNI/NIE.....actuando en nombre propio como padre/madre/tutor-a del  
menor.....con DNI/NIE.....

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación:

Si / No. Si es que si especifique.....

Entidad que desarrolla la actividad: **AYUNTAMIENTO DE BARBASTRO.**

Actividad propuesta: **PROGRAMA LUDOTECA -TALLERES URBANOS VERANO 2021**

Fecha: Del 5 de julio al 20 de agosto 2021

**Declaro bajo mi responsabilidad que conozco con detalle la información proporcionada por la propia organización. Acepto las condiciones de participación y expreso mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención obligatorias. Igualmente, asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por la COVID-19.  
(Márquese en lo que proceda)**

#### Declaración responsable de informar sobre su pertenencia a grupos de riesgo y/o convivencia con grupo de riesgo

|  |  |
|--|--|
|  | Declaro que el interesado no pertenece a los grupos de riesgo y cumple los requisitos de admisión.   |
|  | Declaro que el interesado SI pertenece a los grupos de riesgo, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad y cumple con los requisitos de admisión  |
|  | Declaro que el interesado no convive con nadie que sea grupo de riesgo o que, en caso de así sea, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad.  |
|  | Me comprometo a que el interesado no asista a la actividad si presenta sintomatología asociada con la COVID19 y a respetar las medidas generales de higiene y distanciamiento social, las específicas dictadas para evitar su propagación en esta instalación, así como a obedecer cualquier indicación que al respecto me indique la autoridad responsable de la misma.<br>Que me responsabilizo de la actuación que a este respecto desarrollen los menores de edad a mi cargo |

#### Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad a la COVID-19.

#### Consentimiento informado sobre la COVI-19.

|  |  |
|--|--|
|  | Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos facilitados por la entidad, soy consciente de los riesgos que implica para el participante y para las personas que conviven con él, tomar parte de la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad. |
|--|--|

En Barbastro a de ..... 2021.

Firma madre, padre o tutor legal: