



SOL-LICITUD de matriculació per a VESPRADES ALS PATIS 2024

Solicitud de matriculación para las Tardes en los Patios 2024 / Marque totes les caselles amb * / Marque todas las Casillas con *

PARTICIPANT 1 / Participante1*		
Nom i cognoms / Nombre y apellidos	Data de naixement Fecha de nacimiento	Edat Edad
<input type="checkbox"/> Vesprades als Patis Juny <i>Tardes en los Patios. Junio</i>	<input type="checkbox"/> Vesprades als patis Setembre <i>Tardes en los Patios. Septiembre</i>	
Curs escolar matriculat 2023-24 / Curso escolar matriculado 2023-24		
<input type="checkbox"/> 3 anys Infantil <input type="checkbox"/> 4 anys Infantil <input type="checkbox"/> 5 anys Infantil <input type="checkbox"/> 1r PRI <input type="checkbox"/> 2n PRI <input type="checkbox"/> 3r PRI <input type="checkbox"/> 4t PRI <input type="checkbox"/> 5é PRI <input type="checkbox"/> 6é PRI		
Col·legi matriculat 2023-24 colegio matriculado curso 2023/24:		
<input type="checkbox"/> CEIP El Patí <input type="checkbox"/> CEIP Lluís Vives <input type="checkbox"/> CEIP Reis Catòlics <input type="checkbox"/> CEIP Sant Roc <input type="checkbox"/> CEIP Verge Desemparats		
Informació sanitària / Información sanitaria		
Targeta sanitària. Núm. SIP <i>Targeta sanitaria. Núm. SIP</i>	o	Assegurança privada. Núm. <i>Seguro privado. Núm</i>
<input type="checkbox"/> Sí	L'alumne/a pateix alguna malaltia que pugui afectar el funcionament normal de l'activitat? <i>El alumno/a sufre alguna enfermedad que pudiera afectar al funcionamiento normal de la actividad?</i>	
<input type="checkbox"/> No	Observacions / Observaciones:	
PARTICIPANT 2 / Participante2		
Nom i cognoms / Nombre y apellidos	Data de naixement Fecha de nacimiento	Edat Edad
<input type="checkbox"/> Vesprades als Patis Juny <i>Tardes en los Patios. Junio</i>	<input type="checkbox"/> Vesprades als patis Setembre <i>Tardes en los Patios. Septiembre</i>	
Curs escolar matriculat 2023-24 / Curso escolar matriculado 2023-24		
<input type="checkbox"/> 3 anys Infantil <input type="checkbox"/> 4 anys Infantil <input type="checkbox"/> 5 anys Infantil <input type="checkbox"/> 1r PRI <input type="checkbox"/> 2n PRI <input type="checkbox"/> 3r PRI <input type="checkbox"/> 4t PRI <input type="checkbox"/> 5é PRI <input type="checkbox"/> 6é PRI		
Col·legi matriculat 2023-24 colegio matriculado curso 2023/24:		
<input type="checkbox"/> CEIP El Patí <input type="checkbox"/> CEIP Lluís Vives <input type="checkbox"/> CEIP Reis Catòlics <input type="checkbox"/> CEIP Sant Roc <input type="checkbox"/> CEIP Verge Desemparats		
Informació sanitària / Información sanitaria		
Targeta sanitària. Núm. SIP <i>Targeta sanitaria. Núm. SIP</i>	o	Assegurança privada. Núm. <i>Seguro privado. Núm</i>
<input type="checkbox"/> Sí	L'alumne/a pateix alguna malaltia que pugui afectar el funcionament normal de l'activitat? <i>El alumno/a sufre alguna enfermedad que pudiera afectar al funcionamiento normal de la actividad?</i>	
<input type="checkbox"/> No	Observacions / Observaciones:	
PARTICIPANT 3 / Participante3		
Nom i cognoms / Nombre y apellidos	Data de naixement Fecha de nacimiento	Edat Edad
<input type="checkbox"/> Vesprades als Patis Juny <i>Tardes en los Patios. Junio</i>	<input type="checkbox"/> Vesprades als patis Setembre <i>Tardes en los Patios. Septiembre</i>	
Curs escolar matriculat 2023-24 / Curso escolar matriculado 2023-24		
<input type="checkbox"/> 3 anys Infantil <input type="checkbox"/> 4 anys Infantil <input type="checkbox"/> 5 anys Infantil <input type="checkbox"/> 1r PRI <input type="checkbox"/> 2n PRI <input type="checkbox"/> 3r PRI <input type="checkbox"/> 4t PRI <input type="checkbox"/> 5é PRI <input type="checkbox"/> 6é PRI		
Col·legi matriculat 2023-24 colegio matriculado curso 2023/24:		
<input type="checkbox"/> CEIP El Patí <input type="checkbox"/> CEIP Lluís Vives <input type="checkbox"/> CEIP Reis Catòlics <input type="checkbox"/> CEIP Sant Roc <input type="checkbox"/> CEIP Verge Desemparats		
Informació sanitària / Información sanitaria		
Targeta sanitària. Núm. SIP <i>Targeta sanitaria. Núm. SIP</i>	o	Assegurança privada. Núm. <i>Seguro privado. Núm</i>
<input type="checkbox"/> Sí	L'alumne/a pateix alguna malaltia que pugui afectar el funcionament normal de l'activitat? <i>El alumno/a sufre alguna enfermedad que pudiera afectar al funcionamiento normal de la actividad?</i>	
<input type="checkbox"/> No	Observacions / Observaciones:	

Les dades personals facilitades seran tractades per l'Ajuntament de Silla com a responsable de tractament, amb la finalitat de dur a terme la gestió administrativa del tràmit que sol·licita. Vostè podrà exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit acompanyat del NIF en la Seu Electrònica de l'Ajuntament de Silla o a la persona delegada de protecció de dades (dpd@silla.es). També es pot fer presencialment a l'Oficina d'Assistència a la Ciutadania (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que s'ha vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, pot interposar una reclamació davant de l'Agència Estatal de Protecció de Dades (www.aepd.es).

Los datos personales facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Silla como responsable de tratamiento, con el fin de llevar a cabo la gestión administrativa del trámite que solicita. Usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito acompañado del NIF en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Silla o a la persona delegada de protección de datos (dpd@silla.es). También se puede hacer presencialmente a la Oficina de Asistencia a la Ciudadanía (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que se ha vulnerado su derecho a la protección de datos personales, puede interponer una reclamación ante la Agencia Estatal de Protección de Datos (www.aepd.es).



LA PERSONA SOL·LICITANT DECLARA TROBAR-SE EN ALGUNA D'AQUESTES SITUACIONS

(Assenyalar la que correspon. Per accedir al programa caldrà acreditar-la)

LA PERSONA SOLICITA LICITANTE DECLARA ENCONTRARSE EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES

(Señalar la que corresponde. Para acceder al programa será necesario acreditarla)

- Família monoparental *Familia monoparental*
- Situació laboral de la unitat familiar en actiu i impossibilitat d'atendre el menor en aquest horari. *Situación laboral de la unidad familiar en activo e imposibilidad de atender el menor en este horario*
- Unitats familiars en les quals existeixin altres responsabilitats amb les cures o dones de més de 45 anys. *Unidades familiares en las que exista otras responsabilidades de cuidados o mujeres de más de 45 años.*
- Altra situació amb informe de Benestar Social (Expatriats, Víctimes de violència de gènere i d'altres formes de violència contra les dones, refugiats, desnonats) *Otra situación con informe de Bienestar Social (Expatriados, víctimas de violencia de género i otras formas de violencia contra las mujeres, refugiados, desahuciados)*

DADES DEL/DELS PROGENITORS O REPRESENTANT LEGAL / Datos progenitores o representante legal

Nom i cognoms progenitor/ <i>Nombre y apellidos</i>		DNI / NIF	
Representant legal / <i>Representante legal</i>		DNI / NIF	
Adreça / <i>Dirección</i>		Localitat / <i>Localidad</i>	CP
Telèfon 1 / <i>Teléfono 1</i>	Telèfon 2 / <i>Teléfono 2</i>	Adreça electrònica @ / <i>Dirección electrónica @</i>	

Dades del/dels progenitors o representant legal (en cas de separació o divorci dels progenitors i custòdia compartida) / Datos de los progenitores o representante legal (en caso de separación o divorcio de los progenitores y custodia compartida)

Nom i cognoms progenitor / <i>Nombre y apellidos</i>		DNI / NIF	
Representant legal/ <i>Representante legal</i>		DNI / NIF	
Adreça / <i>Dirección</i>		Localitat / <i>Localidad</i>	CP
Telèfon 1 / <i>Teléfono 1</i>	Telèfon 2 / <i>Teléfono 2</i>	Adreça electrònica @ / <i>Dirección electrónica @</i>	

Notificacions (en cas de persones físiques) / Notificaciones (en caso de personas físicas)

- Autoritze a rebre les notificacions per mitjans electrònics a través de l'adreça electrònica i telèfon indicats en nº 1
Autorizo a recibir las notificaciones por medios electrónicos a través de la dirección electrónica y teléfono indicados en nº1

Autorització mèdica. Marcar una opció/ Autorización médica. Marcar una opción

- Sí En cas de no poder-me localitzar, com a representant legal, autoritze la Direcció perquè, en cas d'última urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prenga les decisions mèdiques i quirúrgiques necessàries.
- No *En caso de no poder localizarme, como representante legal, autorizo a la Dirección para que en caso de última urgencia y con conocimiento y prescripción médica, pueda tomar las decisiones médicas y quirúrgicas necesarias.*

Autorització d'imatges. Marcar una opció/ Autorización de imágenes. Marcar una opción

- Sí Autoritze l'Ajuntament de Silla a publicar imatges en què aparega el meu fill, filla, en fotografies de grup, sempre que existisca un interès públic i resulten adequades, pertinents i no excessives en relació amb el lliure exercici de la llibertat de la informació.
- No *Autorizo al Ayuntamiento de Silla a publicar imágenes en que aparezca mi hijo, hija o yo, en fotografías de grupo, siempre que exista un interés público y resulten adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el libre ejercicio de la libertad de la información*

Les dades personals facilitades seran tractades per l'Ajuntament de Silla com a responsable de tractament, amb la finalitat de dur a terme la gestió administrativa del tràmit que sol·licita. Vosté podrà exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit acompanyat del NIF en la Seu Electrònica de l'Ajuntament de Silla o a la persona delegada de protecció de dades (dpd@silla.es). També es pot fer presencialment a l'Oficina d'Assistència a la Ciutadania (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que s'ha vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, pot interposar una reclamació davant de l'Agència Estatal de Protecció de Dades (www.aepd.es).

Los datos personales facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Silla como responsable de tratamiento, con el fin de llevar a cabo la gestión administrativa del trámite que solicita. Usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito acompañado del NIF en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Silla o a la persona delegada de protección de datos (dpd@silla.es). También se puede hacer presencialmente a la Oficina de Asistencia a la Ciudadanía (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que se ha vulnerado su derecho a la protección de datos personales, puede interponer una reclamación ante la Agencia Estatal de Protección de Datos (www.aepd.es).



Documentació que s'hi adjunta/ Documentación que adjunta.

- Documentació que acredite qualsevol dels supòsits del punt de la situació marcada.. *Documentación que acredite cualquiera de los supuestos del punto de la situación marcada.*
- Resolució judicial o conveni regulador en cas de separació o divorci dels progenitors en vigor, si s'escau. *Resolución judicial o convenio regulador en caso de separación o divorcio de los progenitores en vigor., si es necesario.*
- Altres. *Otros*

Declaració responsable

DECLARE que he sol·licitat que el o la menor participe en les activitats de l'organització exposada, per això he llegit amb detall la informació que ha proporcionat l'organització i accepto les condicions per participar-hi.

Declaro que he solicitado que el o la menor participe en las actividades de la organización expuesta, por eso he leído con detalle la información que ha proporcionado la organización y acepto las condiciones para participar.

Silla, _____ de / d' _____ de 20 _____

Firma del /dels progenitors o representant legal
Firma del o representante legal

La persona que signa DECLARA, sota la seua responsabilitat, que totes les dades contingudes en aquest document són certes. Que disposa de la documentació acreditativa i està assabentat que se li pot requerir la seua presentació i/o fer les comprovacions necessàries.

La persona que firma DECLARA, bajo su responsabilidad, que todos los datos contenidos en este documento son ciertos. Que dispone de la documentación acreditativa y está enterado de que se puede requerir su presentación y/o hacer las comprobaciones necesarias.