

# INSCRIPCIÓN AULA MATINAL CURSO ESCOLAR 2024/2025

El Ayuntamiento de Mazarrón, a través de la Concejalía de Igualdad del mismo, ofrece el servicio gratuito 'Aula Matinal', dirigido al alumnado escolarizado en el CEIP San Antonio, ubicado en la pedanía de Cañada de Gallego, con la finalidad de ofrecer a las familias con niños y niñas de edades comprendidas entre los 3 y 12 años; la posibilidad de acogida desde las 07:30 horas de la mañana hasta las 09:00 horas y, al mismo tiempo, un apoyo en la conciliación de la vida familiar y laboral. Por tanto, dicho servicio podrá acoger un total de 20 participantes, que estarán supervisados en todo momento por un/a profesional especializado/a en educación infantil. La actividad dará inicio el lunes 9 de septiembre de 2024 y finalizará con el curso escolar 2024/2025. Las inscripciones se podrán recoger y entregar cumplimentadas correctamente en el propio centro educativo (no se admite ninguna inscripción que no vaya adjunta a la documentación requerida). Para más información o, cualquier consulta relacionada con el servicio, la concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Mazarrón facilita su número de contacto 682.043.318, así como su correo electrónico [mazarronporlaigualdad@mazarrón.es](mailto:mazarronporlaigualdad@mazarrón.es)

La presente actividad se encuentra subvencionada por el Ministerio de Igualdad, secretaria de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, en el Plan Corresponsables y en colaboración con el Gobierno de la CARM; y, coordinada por la empresa SALZILLO.

## DATOS NIÑO/A PARTICIPANTE

Nombre				Apellidos			
Fecha de nacimiento				DNI/Pasaporte/NIE			
Lugar de Nacimiento:				Provincia			País
Dirección						C.P.	
Municipio				Provincia			

## PADRE/MADRE/TUTOR/A 1

Nombre				Apellidos			
Fecha de nacimiento				DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:				Provincia			País
Teléfonos:							

## PADRE/MADRE/TUTOR/A 2

Nombre				Apellidos			
Fecha de nacimiento				DNI / Pasaporte / NIE			
Lugar de Nacimiento:				Provincia			País
Teléfonos:							

## AUTORIZACIÓN MÉDICA

Hago extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias en caso de extrema urgencia, bajo la pertinente dirección facultativa. **INDICAR OBSERVACIONES MÉDICAS** (alergias, medicamentos, etc.):

Manifiesto que dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; por parte del Ayuntamiento de Mazarrón se solicita la autorización para que, de forma voluntaria y carácter gratuito, las fotografías o vídeos que se realicen del/de la participante durante el ejercicio de la actividad, puedan ser utilizadas por estas entidades sin límite temporal ni geográfico alguno, en cuantas acciones y actividades realice para el cumplimiento de sus fines y objetivos institucionales. En consecuencia, el Ayuntamiento de Mazarrón queda autorizado a utilizar las imágenes del/la participante, captadas en el ejercicio de la actividad descrita, para su impresión, reproducción, difusión, distribución, exposición, publicación, etc. en cualquier medio o soporte (carteles, web, folletos etc), en el marco del desarrollo y para la difusión de las actividades de la entidad, comprometiéndose, asimismo, a no hacer uso de la imagen del/la participante para otros fines distintos.

**Marca con una X a la conformidad de la cesión de imágenes:**

SI AUTORIZO  NO AUTORIZO

*\*Como responsable del menor inscrito en la actividad autorizo mi permanencia en grupos de WhatsApp, así como a recibir correos electrónicos vía Gmail, con notas informativas durante el transcurso del servicio, con la finalidad de estar al tanto del estado del menor durante la actividad.*

Autorizo mi permanencia en grupos de WhatsApp, así como a recibir correos electrónicos informativos sobre la actividad.

Especificar correo electrónico:

---

Especificar número de teléfono para grupo de WhatsApp:

---

NO AUTORIZO mi permanencia en grupos de WhatsApp, así como a recibir correos electrónicos informativos sobre la actividad.

**Nota:** La inscripción deberá estar totalmente cumplimentada y firmada por ambos progenitores/tutores o bien el/la firmante se compromete a informar al otro progenitor.

**Política de plazas:** Tendrán prioridad las familias de mujeres víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia hacia la mujer, familias monoparentales, familias de mujeres en situación de desempleo de larga duración, mujeres mayores de 45 años o familias con otras responsabilidades a cargo, familias que tengan un nivel de renta que no supere el IPREM, familias numerosas, familias que viven en zonas en despoblamiento o familias migrantes

**Documentación adjunta:** DNI padre, madre y/o tutor/a, DNI del/la participante, libro de familia y documento acreditativo de la situación que le permita tener prioridad (título de familia numerosa, tarjeta desempleo, sentencia de mujer víctima de violencia, etc).

La inscripción en el proyecto conlleva la aceptación de las normas de funcionamiento del proyecto.

**Tutor 1**

Lugar y fecha:

Firma:

**Tutor 2**

Lugar y fecha:

Firma: