

INSCRIPCIÓN ESCUELA SEMANA SANTA – CURSO ESCOLAR 2026

El Ayuntamiento de Mazarrón, a través de la Concejalía de Igualdad, invita a participar a menores de 3 a 12 años, empadronados y/o escolarizados en el municipio de Mazarrón, en LA ESCUELA DE SEMANA SANTA 2026. El desarrollo de la actividad se realizará en los centros educativos de infantil y primaria del municipio: CEIP FRANCISCO CAPARRÓS (MAZARRÓN), CEIP BAHÍA (PUERTO DE MAZARRÓN) y en las pedanías de Cañada de Gallego (CEIP SAN ANTONIO) y en la unitaria de LEIVA; bajo la coordinación de ZOE SOCIOEDUCATIVO. Los días de desarrollo de la actividad serán 30 y 31 de Marzo, 1, 2, 6 y 7 de Abril del 2026, en horario de 09:00 horas a 14:00 horas, ofreciéndole un servicio de acogida temprana de 08:30 horas a 09:00 horas y de recogida hasta las 14:30 horas para cubrir necesidades de conciliación. El periodo de inscripción quedará cerrado una vez se completen todas las plazas. Después, se abrirá una LISTA DE ESPERA.

INDIQUE EL CENTRO (X) EN EL QUE QUIERE SOLICITAR PLAZA PARA LA ESCUELA DE SEMANA SANTA 2026:

CEIP FRANCISCO CAPARRÓS (MAZARRÓN)	
CEIP BAHÍA (PUERTO DE MAZARRÓN)	
CEIP SAN ANTONIO (CAÑADA DE GALLEGO)	
CEIP LEIVA	

HORARIO DE LA ESCUELA DE 9.00 HORAS A 14.00 HORAS CON SERVICIOS DE ACOGIDA TEMPRANA Y RECOGIDA (MARQUE CON UNA X EL SERVICIO Y/O LOS SERVICIOS QUE DESEE):

SERVICIO DE ACOGIDA TEMPRANA A LAS 08:30 HORAS	
SERVICIO DE RECOGIDA A LAS 14:30 HORAS	

DATOS NIÑO/A PARTICIPANTE

Nombre		Apellidos				
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo	H	M
DNI/NIE/Pasaporte						
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 RECOGIDA DE NIÑOS/AS*:

Autorizo a las siguientes personas para que recojan al menor al finalizar la actividad

NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO DE CONTACTO	PARENTESCO CON EL/LA NIÑO/A

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.)

Marque con una X a la conformidad de la cesión de imágenes:

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 y la empresa ZOE SOCIOEDUCATIVO quedan autorizadas a utilizar las imágenes del/la participante, captadas en el ejercicio de la actividad 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 y ZOE SOCIOEDUCATIVO quedan autorizadas 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 las entidades, comprometiéndose, asimismo, a no hacer uso de la imagen del/la participante para otros fines distintos o fuera de las actividades propias de ZOE SOCIOEDUCATIVO.

SI AUTORIZO

☐

NO AUTORIZO

☐

Marque con una X la conformidad para recibir mensajes de WhatsApp y/o incluir en un grupo vía WhatsApp para la difusión de información general sobre el desarrollo de la actividad:

SI AUTORIZO

☐

NO AUTORIZO

☐

Especificar número de teléfono: _____

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.

Solo serán admitidas aquellas inscripciones que adjunten la documentación solicitada en esta ficha de inscripción, y que estén debidamente registradas.

Plazas limitadas/Política de plazas: se considera **criterio preferente** el nivel de renta de los/las solicitantes según Decreto nº 209/2025, de 4 de diciembre, Plan Corresponsables.

Una vez verificado el nivel preferente de renta, las plazas se dirigen con **carácter prioritario** a la atención de: familias monoparentales, mujeres víctimas de violencia de género, personas con discapacidad, personas con riesgo de exclusión social, etc.

Documentación a adjuntar: DNI padre, madre y/o tutor/a, DNI del/la participante, libro de familia; para valorar el criterio preferente de renta: declaración IRPF o certificado negativo del 2024; y para valorar el carácter prioritario documento que acredite: título de familia numerosa o monoparental, tarjeta desempleo, sentencia víctima de violencia de género, etc.

Fecha límite de entrega de documentación: hasta completar plazas (máximo 140 plazas). UNA VEZ COMPLETADAS TODAS LAS PLAZAS SE ABRIRÁ UNA LISTA DE ESPERA.

Tutor 1

Lugar y fecha:

Firma:

Tutor 2

Lugar y fecha:

Firma: