

## INSCRIPCIÓN SEMANA SANTA INCLUSIV@ 2025.

El Ayuntamiento de Mazarrón implanta un Espacio para el **SEMANA SANTA INCLUSIV@ 2025** en el municipio de Mazarrón. En este caso, la sede donde se llevará a cabo su desarrollo será CEIP Francisco Caparrós (Mazarrón), cuyo centro educativo se encuentra acondicionado para este servicio con sus respectiva Aula Abierta. El horario se encuentra comprendido entre las 9.00h (inicio actividad) y las 14:00h (finalización actividad). Esta iniciativa se encuentra dirigida a personas con diversidad funcional con al menos un 33%, desde los 3 hasta los 20 años y aquellas personas con diversidad funcional empadronados en Mazarrón, o usuarios/as de Centros ubicados en el Municipio de Mazarrón, a cargo de familias que necesiten conciliar la vida laboral y privada. La duración de la actividad comprende del 14,15,16,17,21 y 22 de abril de 2025. La recogida de inscripciones se efectuará a través de Registro de entrada del Ayuntamiento de Mazarrón o por sede electrónica.

### 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 RECOGIDA DE NIÑOS/AS:

Autorizo a las siguientes personas para que recojan al/la niño/a al finalizar la actividad:

FAMILIAR/PARENTESCO	NOMBRE	TELEFONO

**AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA, TRATAMIENTO Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE LOS PROGENITORES**

<b>ENTIDAD</b>	AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN		
<b>PROGRAMA</b>	SEMANA SANTA INCLUSIV@ 2025.		
<b>AÑO</b>	2025		
<b>DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR</b>			
<b>APELLIDOS:</b>			<b>NOMBRE:</b>
<b>DNI:</b>	<b>TELÉFONO:</b>		
<b>DOMICILIO:</b>			
<b>MUNICIPIO:</b>	<b>CP:</b>		

**Por favor, antes de firmar lea detenidamente la información de este documento.**

1. Mediante la cumplimentación y firma de este documento, el interesado acepta y autoriza expresamente que sus datos personales, sean tratados en la forma Y CON LAS LIMITACIONES Y DERECHOS QUE RECOGE LA Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).  
Asimismo, se le informa de lo siguiente:
  - a) Sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Ayuntamiento de Mazarrón con domicilio C. San Antonio, 2 con CIF P3002600I. Además, sus datos podrán ser comunicados a cualquiera de las entidades públicas que integran la Administración Estatal, Local y Autonómica.
  - b) Con la firma de este documento el interesado autoriza a la entidad citada y a la Administración Regional y Local para que realicen consultas en ficheros públicos para acreditar la concurrencia de requisitos para poder participar en los programas subvencionados a través de la convocatoria de subvenciones
  - c) De acuerdo con la legislación vigente, el interesado tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la forma prevista en la citada Ley Orgánica y en su reglamento de desarrollo.
  - d) El programa en el que participa está financiado por el Fondo Social Europeo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2. En caso de que el número de inscripciones supere el número de plazas, se considerará como criterios se valorará por orden de registro de entrada.

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que figuran en este formulario, y me comprometo a facilitar los datos que me sean requeridos en un futuro inmediato.

En Mazarrón, a            de            2025

Firma: \_\_\_\_\_

### FICHA MÉDICA DEL SOLICITANTE

Complete todas las casillas, aunque la respuesta sea negativa. Marque con una "X".

DATOS SOCIO SANITARIOS	SÍ	NO	ESPECIFIQUE TIPO
¿TIENE LAS VACUNAS PERTINENTES?			
Alérgico/a a MEDICAMENTOS			
ALERGIAS ambientales			
AFECCIONES frecuentes			
Sigue TRATAMIENTO durante el servicio DE SEMANA SANTA INCLUSIV@ 2025.			
DATOS NUTRICIONALES	SÍ	NO	ESPECIFIQUE los alimentos que NO PUEDE TOMAR
CELIACO			
DIABÉTICO			
ALERGIAS ALIMENTARIAS			
OTRAS DIETAS ESPECÍFICAS			
DATOS FÍSICOS	SÍ	NO	En caso de existir alguna limitación, ESPECIFIQUE cuál y su causa
Puede realizar cualquier actividad física con normalidad			
DATOS del DESARROLLO	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL
Sufre algún tipo de TRASTORNO DEL DESARROLLO (TEA, TDAH, ETC)			
PATRÓN DE CONDUCTA DESTACABLE (Muestra alteraciones del comportamiento como agresividad, ira o ansiedad)	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL
ADAPTACIONES AMBIENTALES NECESARIAS (Necesita realizar adaptaciones sensoriales del entorno, luz o sonido)	SÍ	NO	ESPECIFIQUE CUÁL

**OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEE CONTAR:**

**Declaro bajo mi responsabilidad la veracidad de estos datos**

**FIRMA padre/madre y/o tutor/a:**

**Fecha: de 2025**

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

**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.

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

**Tutor 1**

Lugar y fecha:

Firma:

**Tutor 2**

Lugar y fecha:

Firma:

**LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD,** que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

En cumplimiento de la normativa vigente de Protección de Datos Personales y con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679, se le informa de la incorporación de sus datos personales a un fichero cuyo responsable es el Ayuntamiento de Mazarrón. El titular podrá ejercitar sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación sobre los mismos mediante escrito dirigido al domicilio responsable, en plaza del Ayuntamiento núm. 1. En el domicilio del responsable se hallan a su disposición modelos de escrito para el ejercicio de tales derechos.

Mazarrón a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

Fdo.:



AYUNTAMIENTO DE **MAZARRÓN**  
CONCEJALÍA DE POLÍTICA SOCIAL

**DATOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:**

- Fotocopia del D.N.I./N.I.E en vigor de todos los miembros de la unidad familiar.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del/a solicitante.
- Acreditación del grado de discapacidad.
- Libro de familia completo.

NOMBRE		APELLIDOS	D.N.I./N.I.E	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DE PARENTESCO	FIRMA
1		1º				
		2º				
2		1º				
		2º				
3		1º				
		2º				
4		1º				
		2º				
5		1º				
		2º				
6		1º				
		2º				
7		1º				
		2º				
8		1º				
		2º				
9		1º				
		2º				
10		1º				
		2º				



## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SEMANA SANTA INCLUSIV@ 2025

Yo D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ madre/  
padre \_\_\_\_\_ como madre/padre o tutor  
de: \_\_\_\_\_.

Yo D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ madre  
padre \_\_\_\_\_ como madre/ padre o tutor  
de: \_\_\_\_\_.

Autorizo a que se le administre medicación pautada puntual, tratamiento crónico o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos o pruebas rutinarias de control y tratamiento pautadas por facultativo médico, y que por lo tanto me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o vía telemática al M.I. Ayuntamiento de Mazarrón con suficiente antelación:

1. Informe médico y copia de la receta, que indique claramente:

- **Nombre del medicamento:** \_\_\_\_\_.
- **Dosis:** \_\_\_\_\_.
- **Hora que debe tomarlo:** \_\_\_\_\_.
- **Duración del tratamiento:** \_\_\_\_\_.

Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en el horario del **SEMANA SANTA INCLUSIV@ 2025**, y que cada día ira y volverá del Programa a casa.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Mazarrón a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025.

---

**\*No se recibirá medicamento alguno directamente de manos de los niños, éstos deben ser entregados en correctas condiciones por y personal adulto o el responsable designado directamente. En dicho caso se debe comunicar y confirmar por parte del padre y madre que esta medicación ha sido entregada. Deberá ir indicada dosis diaria fecha de inicio y fin del tratamiento.**

**\* Deberá presentar en registro del M.I. Ayuntamiento o bien por sede electrónica los documentos indicados anteriormente junto con DNI de padre/ madre o tutor legal.**

