

## ANEXO I – SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LOS CAMPAMENTOS INFANTIL Y JUVENIL

Imp. Mod. CIYJ

1. DATOS DEL SOLICITANTE (PADRE /MADRE / TUTOR/A)					
APELLIDOS			NOMBRE		DNI/NIE
TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	PROVINCIA

2. DATOS DEL PARTICIPANTE					
APELLIDOS			NOMBRE		DNI/NIE
FECHA DE NACIMIENTO			TELÉFONO DURANTE ACTIVIDAD		
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	PROVINCIA

3. ACTIVIDAD SOLICITADA
<p>Marcar el campamento que solicita</p> <p><input type="checkbox"/> Campamento Infantil y Juvenil A (Fuerte Nagüeles) del 15 al 21 de Agosto.</p> <p><input type="checkbox"/> Campamento Infantil B (Ceuta) del 24 al 29 de Agosto.</p>

4. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<p>D. _____ (padre/tutor), con D.N.I. _____</p> <p>D<sup>a</sup>. _____ (madre/tutora), con D.N.I. _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>DECLARA</b> bajo su responsabilidad que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUTORIZA EXPRESAMENTE</b> a la Ciudad de Ceuta, a <b>consultar datos de empadronamiento de la Ciudad Autónoma de Ceuta, a efectos de comprobar la residencia.</b></p> <p><b>EN CASO DE NO AUTORIZAR A LA CIUDAD DE CEUTA, A LA CONSULTA U OBTENCIÓN DE LOS DATOS QUE SE REFLEJAN DEBERÁ APORTAR CON LA SOLICITUD LOS DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LAS ANTERIORES CIRCUNSTANCIAS.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>DECLARA</b> bajo su responsabilidad y <b>AUTORIZA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A participar en las actividades programadas en el campamento solicitado, de acuerdo con las condiciones de cada una de ellas establecidas en el programa, y que no padece enfermedad que lo impida.</li> <li>Autorizo asimismo las decisiones médico-quirúrgicas y de transporte que fuesen necesarias para adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa. <input type="checkbox"/> <b>SI</b> / <input type="checkbox"/> <b>NO (marcar lo que proceda).</b></li> <li>Al mismo tiempo, autorizo a que las imágenes de la actividad que tomen los medios de comunicación pueda aparecer mi hijo/a: <input type="checkbox"/> <b>SI</b> / <input type="checkbox"/> <b>NO (marcar lo que proceda).</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">Firma del solicitante (padre/tutor) <span style="margin-left: 200px;">Firma de la solicitante (madre/tutora)</span></p>

## ANEXO I – SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LOS CAMPAMENTOS INFANTIL Y JUVENIL

Imp. Mod. CIYJ

### 5. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (marque las que adjunta)

- Copia del DNI.
- Copia de la Tarjeta Sanitaria.
- Copia del Carné Joven.
- Copia del Libro de Familia.
- En caso de existir una situación de separación legal o divorcio en el matrimonio de los padres con sentencia judicial que impida la visita de alguno de estos al participante, se ruega, si este es menor de edad, se adjunte a este documento la copia de dicha sentencia. No adjuntarla supondrá que los/las monitores/as no serán responsables de las visitas que el/la participante recibe por cualquiera de los padres durante la actividad.

### 6. CUESTIONARIO

*Esta información tiene mucha importancia para que los monitores/as que vayan a permanecer junto con el participante y para que puedan ayudarle a aprovechar al máximo la actividad.*

¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIOS TE HAS ENTERADO DE ESTA ACTIVIDAD (CAMPAMENTO)?

¿HA PARTICIPADO EN AÑOS ANTERIORES EN ALGUNA ACTIVIDAD DE VERANO? ¿CUÁL?

¿REALIZA A LO LARGO DEL AÑO ALGUNA ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA ¿CUÁL?

¿EN QUÉ OCUPA SU TIEMPO LIBRE O QUÉ AFICIONES TIENE?

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA PARA LA PRÁCTICA DE ALGUNA ACTIVIDAD DE OCIO, DEPORTIVA, TIEMPO LIBRE, NATURALEZA...? EN CASO AFIRMATIVO, CUÁL

¿SABE NADAR?

¿TIENE HERMANOS? (INDICAR CUÁNTOS Y EDADES)

¿TIENE ALGÚN OTRO PROBLEMA QUE DEBA SABER EL MONITOR RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD?

¿POR QUÉ PARTICIPA EN ESTA ACTIVIDAD?

- Porque le gustan las actividades al aire libre.
- Porque le parece adecuado a sus padres.
- Para conocer nuevos espacios y lugares de Ceuta.
- Porque es una forma de conocer a jóvenes y hacer nuevas amistades.
- Es una forma de pasar las vacaciones.
- Otros motivos:

¿SUELE...

- ... hacer los recados?  SI /  NO
- ... ayudar en casa?  SI /  NO
- ... cuidar de sus hermanos?  SI /  NO
- ... desplazarse solo en su localidad?  SI /  NO
- ... ir solo a otras ciudades?  SI /  NO
- ¿Tiene autorización para salir solo por la noche?  SI /  NO

### 7. FICHA MÉDICA

#### ALIMENTACIÓN

## ANEXO I – SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LOS CAMPAMENTOS INFANTIL Y JUVENIL

Imp. Mod. CIYJ

¿Necesita, por prescripción facultativa, algún régimen especial de alimentación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Necesitas algún cuidado especial de forma permanente u ocasional por alguna enfermedad o deficiencia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Mencionar el/los alimento/s que por condición religiosa no puede tomar:	
<b>ENFERMEDADES GENERALES</b>	
¿Qué enfermedades tiene con más frecuencia?	
<input type="checkbox"/> Resfriados/catarros	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Convulsión febril	<input type="checkbox"/> Problemas de estómago
<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Otras:	
<input type="checkbox"/> Anginas/faringitis	<input type="checkbox"/> Otitis
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Eneuresis nocturna	<input type="checkbox"/> Problemas de columna
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Insomnio
¿Qué enfermedades ha pasado?	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de hígado	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Enfermedades de riñón	<input type="checkbox"/> Poliomieltis
<input type="checkbox"/> Otras:	
<input type="checkbox"/> Rubeola	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Enfermedades circulatorias	<input type="checkbox"/> Fiebres
<input type="checkbox"/> Varicela	
¿Qué vacunas ha recibido?	
<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Difteria
<input type="checkbox"/> Otras:	
<input type="checkbox"/> Poliomieltis	<input type="checkbox"/> Tifus
<input type="checkbox"/> Tosferina	
¿Está tomando, por prescripción facultativa algún medicamento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Especificar enfermedad, tratamiento y tipo de medicación:	
<b>ALERGIAS</b>	
¿Tiene algún tipo de alergia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo...	
¿A qué?:	
¿Necesita cuidado especial? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

En virtud del artículo 11 de la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos personales de todos los interesados serán recogidos en el fichero Registro de la Ciudad Autónoma de Ceuta, cuya finalidad es la tramitación de solicitudes y el traslado de resoluciones administrativas, pudiendo ejercitar ante dicha Entidad, los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679.

Ceuta, de de 20