

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FOTO | | **FICHAS DE INSCRIPCIÓN**  **LUDOTECAS 2017/18** | |  | |
| Las DOS FICHAS deberán ser cumplimentadas y enviadas o entregadas directamente en el centro correspondiente, ya que **es imprescindible la firma original.** | |
| **FICHA 1. REFERENCIAS PERSONALES DEL USUARIO** | | | |
| **DATOS USUARIO** | |  | |
| Nombre: | |  | |
| Primer Apellido: | |  | |
| Segundo Apellido: | |  | |
| Edad: | |  | |
| Fecha de nacimiento: | |  | |
| Lugar de nacimiento: | |  | |
| Sexo: | |  | |
| Curso Escolar: | |  | |
| **DATOS RESPONSABLES** | |  | |
| Nombre y Apellidos Padre/Tutor | |  | |
| DNI | |  | |
| Teléfono Móvil | |  | |
| Correo electrónico | |  | |
| Nombre y Apellidos Madre/Tutora | |  | |
| DNI | |  | |
| Teléfono Móvil | |  | |
| Correo electrónico | |  | |
| **OBSERVACIONES** | | | |
| Observaciones, cuidados o cualquier dato de interés acerca del asistente ó la familia (nº de hermanos, Renta, …)  TURNOS: (Indicar los turnos en los que se está interesado por orden de preferencia)  Fecha y Nombre, Firma y DNI del Responsable: | | | |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHA 2. FICHA PERSONAL** | | |
| **DATOS ALUMN@** |  | |
| Nombre: |  | |
| Primer Apellido: |  | |
| Segundo Apellido: |  | |
| Edad: |  | |
| Curso Escolar: |  | |
| Teléfono avisos: |  | |
| **OTROS DATOS DE INTERÉS** | |  | |
| ¿Tiene alguna restricción para participar en alguna actividad? | | SI / NO | |
| ¿Está sometid@ a algún tratamiento médico que deba seguirlo durante el horario de ludoteca? (en caso afirmativo indicar instrucciones del mismo, autorización e informe médico si fuera necesario) | | SI / NO | |
| ¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (en caso afirmativo indicar tipo y tratamiento a seguir) | | SI / NO | |
| ¿Padece algún tipo de alergia o intolerancia a medicamentos, alimentos, insectos…? (en caso afirmativo indicar tipo y tratamiento a seguir) | | SI / NO | |
| ¿Requiere algún tipo de atención especial? (en caso afirmativo indicar cual e instrucciones a seguir, adjuntar informes médicos) | | SI / NO | |
| ¿Control de esfínteres?  Autorizo en caso de ser necesario, proceder al cambio de ropa necesario, para que el menor pueda seguir desarrollando la actividad | | SI/NO  SI/NO | |
| Autorizo para que las imágenes que se tomen durante la actividad puedan ser empleadas por la Ludoteca, Ayuntamiento o medios de comunicación, garantizándose y protegiéndose el menor, según la legislación vigente | | SI/NO | |
| Autorizo para llevar a cabo las salidas de las cuales previamente se informara a los padres/tutores en el contexto de la actividad de la Ludoteca | | SI/NO | |
| **OBSERVACIONES** | | | |
| Otras observaciones. Cuidados o precauciones sobre su salud o seguridad de interés.  Fecha y Nombre, Firma y DNI del Responsable: | | | | |