

**DATOS DEL NIÑO/A / DADES DEL NEN/A:**

NOMBRE APELLIDOS
NOM: _____ COGNOMS: _____

FECHA DE NACIMIENTO EDAD
DATA DE NAIXEMENT: _____ EDAT: _____

DOMICILIO C.POSTAL
ADREÇA: _____ C. POSTAL: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO
TELÈFONS DE CONTACTE: móvil/mòbil: _____ casa/casa: _____ trabajo/treball: _____

CORREO ELECTRÓNICO
CORREU ELETRÒNIC: _____

COLEGIO Y CURSO 20__ / __ :
COL·LEGI I CURS 20__ / __ : _____

MES INICIO/ MES INICI: _____ (MATÍ) _____ (VESPRADA)

Nº CARTILLA ASISTENCIA SANITARIA / NÚM. CARTILLA ASSISTÈNCIA SANITÀRIA: _____

COMPAÑÍA / COMPANYIA: _____

* Indicar si existe diversidad funcional, discapacidad, enfermedad que requiera atención especial, etc.: / Indicar si existeix diversitat funcional, discapacitat, malaltia que requerisca atenció especial, etc.: **NO** / **SI**
¿Cuál? / Quina? _____

* ¿Toma alguna medicación especial? / Pren alguna medicació especial? **NO** / **SI**
¿Cuál? / Quina? _____
Dosis a administrar en caso de: / Dosi a administrar en cas de: _____

* ¿Es alérgico a algún medicamento? / És al·lèrgic a algun medicament? **NO** / **SI**
¿A cuál? / A quin? _____

* ¿Es alérgico a algo más? / És al·lèrgic a alguna cosa més? **NO** / **SI**
¿A qué? / A què? _____

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA / AUTORITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA

D./D^a./SR../SRA. _____, con DNI/amb DNI: _____, como madre/padre/tutora/tutor, autoriza a/com a mare/pare/tutora/tutor, autoritza a _____ a asistir a la Escola de Matí i Vesprada organizada por el Excmo. Ayuntamiento de Castellón de la Plana, haciéndose responsable del desplazamiento al centro en que se realiza la actividad. Enterado/a de las instrucciones de inscripción y forma de pago del servicio / a assistir a l'Escola de Matí i Vesprada organitzat per l'Excm. Ajuntament de Castelló de la Plana, i es fa responsable del desplaçament al centre en què es realitza l'activitat. Assabentat/da de les instruccions d'inscripció i forma de pagament del servei
Castellón de la Plana / Castelló de la Plana, _____ de _____ de 20__

Firma de la Madre/Padre/Tutora/Tutor / Firma de la Mare/Pare/Tutora/Tutor

☐ RECIBIDO POR LA EMPRESA/REBUT PER L'EMPRESA: ☐ RECIBIDO POR EL SIO/REBUT PEL SIO:

FECHA/DATA:

FDO./SIGNAT:

COMPLETA / COMPLETA

INCOMPLETA / INCOMPLETA (indicar lo que falta)/(indicar el que falta):

- SUBSANADO Y ENTREGADO A EMPRESA. FECHA Y FIRMA
- REPARAT I ENTREGAT A EMPRESA. DATA I SIGNATURA:

FECHA/DATA:

FDO./SIGNAT:

COMPLETA / COMPLETA

INCOMPLETA / INCOMPLETA (indicar lo que falta)/(indicar el que falta):

- SUBSANADO Y ENTREGADO A SIO. FECHA Y FIRMA
- REPARAT I ENTREGAT A SIO. DATA I SIGNATURA:

**DATOS DEL NIÑO/A / DADES DEL NEN/A:**

NOMBRE APELLIDOS
NOM: _____ COGNOMS: _____

FECHA DE NACIMIENTO EDAD
DATA DE NAIXEMENT: _____ EDAT: _____

DOMICILIO C.POSTAL
ADREÇA: _____ C. POSTAL: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO
TELÈFONS DE CONTACTE: móvil/mòbil: _____ casa/casa: _____ trabajo/treball: _____

CORREO ELECTRÓNICO
CORREU ELETRÒNIC: _____

COLEGIO Y CURSO 20__ / __ :
COL·LEGI I CURS 20__ / __ : _____

MES INICIO/ MES INICI: _____ (MATÍ) _____ (VESPRADA)

Nº CARTILLA ASISTENCIA SANITARIA / NÚM. CARTILLA ASSISTÈNCIA SANITÀRIA: _____

COMPAÑÍA / COMPANYIA: _____

* Indicar si existe diversidad funcional, discapacidad, enfermedad que requiera atención especial, etc.: / Indicar si existeix diversitat funcional, discapacitat, malaltia que requerisca atenció especial, etc.: **NO** / **SI**
¿Cuál? / Quina? _____

* ¿Toma alguna medicación especial? / Pren alguna medicació especial? **NO** / **SI**
¿Cuál? / Quina? _____
Dosis a administrar en caso de: / Dosi a administrar en cas de: _____

* ¿Es alérgico a algún medicamento? / És al·lèrgic a algun medicament? **NO** / **SI**
¿A cuál? / A quin? _____

* ¿Es alérgico a algo más? / És al·lèrgic a alguna cosa més? **NO** / **SI**
¿A qué? / A què? _____

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA / AUTORITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA

D./D^a./SR../SRA. _____, con DNI/amb DNI: _____,
_____, como madre/padre/tutora/tutor, autoriza a/com a mare/pare/tutora/tutor, autoritza a _____ a asistir a la Escola de Matí i Vesprada organizada por el Excmo. Ayuntamiento de Castellón de la Plana, haciéndose responsable del desplazamiento al centro en que se realiza la actividad. Enterado/a de las instrucciones de inscripción y forma de pago del servicio / a assistir a l'Escola de Matí i Vesprada organitzat per l'Excm. Ajuntament de Castelló de la Plana, i es fa responsable del desplaçament al centre en què es realitza l'activitat. Assabentat/da de les instruccions d'inscripció i forma de pagament del servei
Castellón de la Plana / Castelló de la Plana, _____ de _____ de 20__

Firma de la Madre/Padre/Tutora/Tutor / Firma de la Mare/Pare/Tutora/Tutor

☐ RECIBIDO POR LA EMPRESA/REBUT PER L'EMPRESA: ☐ RECIBIDO POR EL SIO/REBUT PEL SIO:

FECHA/DATA:

FDO./SIGNAT:

COMPLETA / COMPLETA

INCOMPLETA / INCOMPLETA (indicar lo que falta)/(indicar el que falta):

- SUBSANADO Y ENTREGADO A EMPRESA. FECHA Y FIRMA
- REPARAT I ENTREGAT A EMPRESA. DATA I SIGNATURA:

FECHA/DATA:

FDO./SIGNAT:

COMPLETA / COMPLETA

INCOMPLETA / INCOMPLETA (indicar lo que falta)/(indicar el que falta):

- SUBSANADO Y ENTREGADO A SIO. FECHA Y FIRMA
- REPARAT I ENTREGAT A SIO. DATA I SIGNATURA:

**DATOS DEL NIÑO/A / DADES DEL NEN/A:**

NOMBRE APELLIDOS
NOM: _____ COGNOMS: _____

FECHA DE NACIMIENTO EDAD
DATA DE NAIXEMENT: _____ EDAT: _____

DOMICILIO C.POSTAL
ADREÇA: _____ C. POSTAL: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO
TELÈFONS DE CONTACTE: móvil/mòbil: _____ casa/casa: _____ trabajo/treball: _____

CORREO ELECTRÓNICO
CORREU ELETRÒNIC: _____

COLEGIO Y CURSO 20__ / __ :
COL·LEGI I CURS 20__ / __ : _____

MES INICIO/ MES INICI: _____ (MATÍ) _____ (VESPRADA)

Nº CARTILLA ASISTENCIA SANITARIA / NÚM. CARTILLA ASSISTÈNCIA SANITÀRIA: _____

COMPAÑÍA / COMPANYIA: _____

* Indicar si existe diversidad funcional, discapacidad, enfermedad que requiera atención especial, etc.: / Indicar si existeix diversitat funcional, discapacitat, malaltia que requerisca atenció especial, etc.: **NO** / **SI**
¿Cuál? / Quina? _____

* ¿Toma alguna medicación especial? / Pren alguna medicació especial? **NO** / **SI**
¿Cuál? / Quina? _____
Dosis a administrar en caso de: / Dosi a administrar en cas de: _____

* ¿Es alérgico a algún medicamento? / És al·lèrgic a algun medicament? **NO** / **SI**
¿A cuál? / A quin? _____

* ¿Es alérgico a algo más? / És al·lèrgic a alguna cosa més? **NO** / **SI**
¿A qué? / A què? _____

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA / AUTORITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA

D./D^a./SR../SRA. _____, con DNI/amb DNI: _____,
_____, como madre/padre/tutora/tutor, autoriza a/com a mare/pare/tutora/tutor, autoritza a _____ a asistir a la Escola de Matí i Vesprada organizada por el Excmo. Ayuntamiento de Castellón de la Plana, haciéndose responsable del desplazamiento al centro en que se realiza la actividad. Enterado/a de las instrucciones de inscripción y forma de pago del servicio / a assistir a l'Escola de Matí i Vesprada organitzat per l'Excm. Ajuntament de Castelló de la Plana, i es fa responsable del desplaçament al centre en què es realitza l'activitat. Assabentat/da de les instruccions d'inscripció i forma de pagament del servei
Castellón de la Plana / Castelló de la Plana, _____ de _____ de 20__

Firma de la Madre/Padre/Tutora/Tutor / Firma de la Mare/Pare/Tutora/Tutor

☐ RECIBIDO POR LA EMPRESA/REBUT PER L'EMPRESA: ☐ RECIBIDO POR EL SIO/REBUT PEL SIO:

FECHA/DATA:

FDO./SIGNAT:

COMPLETA / COMPLETA

INCOMPLETA / INCOMPLETA (indicar lo que falta)/(indicar el que falta):

- SUBSANADO Y ENTREGADO A EMPRESA. FECHA Y FIRMA
- REPARAT I ENTREGAT A EMPRESA. DATA I SIGNATURA:

FECHA/DATA:

FDO./SIGNAT:

COMPLETA / COMPLETA

INCOMPLETA / INCOMPLETA (indicar lo que falta)/(indicar el que falta):

- SUBSANADO Y ENTREGADO A SIO. FECHA Y FIRMA
- REPARAT I ENTREGAT A SIO. DATA I SIGNATURA:

El Texto Regulador de Precios Públicos por servicio de "Escola de Matí i Vesprada" fue aprobado por el Excmo. Ayuntamiento Pleno, en sesión ordinaria celebrada el día 31 de julio de 2008, y publicado en el Boletín Oficial de la Provincia número 96 de fecha 7 de agosto de 2008. Art. 3 modificado por Acuerdo Plenario de 30 de septiembre de 2011; B.O.P. núm. 131 de 25-10-11; vigencia a partir del 01-01-12. / *El Text Regulador de Preus Públics per servei "Escola de Matí i Vesprada" va ser aprovat per l'Excm. Ajuntament Ple, en sessió ordinària celebrada el dia 31 de juliol de 2008, i publicat en el Butlletí Oficial de la Província nombre 96 de data 7 d'agost de 2008. Art. 3 modificat per Acord Plenari de 30 d'setembre de 2011; B.O.P. núm. 131 de 25-10-11; vigència a partir de 01-01-12.*

• **INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN DE LA "ESCOLA DE MATÍ I VESPRADA"**

- 1.- La solicitud se presentará a la empresa encargada del servicio, antes del día 25 del mes anterior (excepto para el mes de septiembre que se presentará antes del 15 de dicho mes).
- 2.- Se presentará una solicitud por cada uno/a de los menores que se inscriban en el servicio.
- 3.- Al ejemplar de cada solicitud se adjuntará el impreso de autoliquidación.

• **PLAZOS PARA EFECTUAR EL PAGO DEL SERVICIO**

- 1.- El pago de las mensualidades se hará efectivo durante los primeros diez días del mes.
- 2.- El impago de las mensualidades supondrá la baja automática del servicio.
- 3.- En el caso de generar deudas por el impago del servicio, se recaudará conforme al Texto Regulador de precio público correspondiente aprobado al efecto.

• **SOLICITUD DE BAJA DEL SERVICIO DE LA "ESCOLA DE MATÍ I VESPRADA"**

Para causar baja, habrá que comunicarlo al personal encargado de la prestación del servicio antes del día 25 del mes anterior al de la baja, mediante el correspondiente impreso que le facilitará la empresa adjudicataria, o bien podrá descargarse en la web o en el Portal de la Ciudadanía.

• **INSTRUCCIONS D'INSCRIPCIÓ DE LA "ESCOLA DE I VESPRADA"**

- 1.- La sol·licitud es presentarà a l'empresa encarregada del servei, abans del dia 25 del mes anterior (excepte per al mes de setembre que es presentarà abans del dia 15 d'aquest mes).
- 2.- Es presentarà una sol·licitud per cada un/a dels menors que s'inscriuen en el servei.
- 3.- A l'exemplar de cada sol·licitud s'adjuntarà l'imprès d'autoliquidació.

• **TERMINIS PER A EFECTUAR EL PAGAMENT DEL SERVEI**

- 1.- El pagament de les mensualitat es farà efectiu durant els primers deu dies del mes.
- 2.- L'impagament de les mensualitats suposarà la baixa automàtica del servei.
- 3.- En el cas de generar deutes per l'impagament del servei, es recaptarà conforme al Text Regulador de preu públic corresponent aprovat a l'efecte.

• **SOL·LICITUD DE BAIXA DEL SERVEI DE L'ESCOLA DE MATÍ I VESPRADA**

Per a causar baixa, caldrà comunicar-lo al personal encarregat de la prestació del servei abans del dia 25 del mes anterior al de la baixa, mitjançant el corresponent imprès que li facilitarà l'empresa adjudicatària, o bé podrà descarregar-se en la web o en el Portal de la Ciutadania.

Los datos facilitados se tratarán de conformidad con la LO 15/1999, de protección de datos de carácter personal, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante instancia presentada en el Registro de este Excmo. Ayuntamiento. / Les dades facilitades es tractaran de conformitat amb la LO 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, podent exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, mitjançant instància presentada en el Registre d'aquest Excm. Ajuntament.