



**Ajuntament
d'Eivissa**

Departamento responsable:

Juventut

Calle Castella, 19

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 75 44

joventut@eivissa.es

www.eivissajove.eivissa.es

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN UNA ACTIVIDAD DE LA CONCEJALÍA DE JUVENTUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

--

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:		Fecha de nacimiento:		DNI / NIE:	
Calle:	Número:	Bloque:	Esc.:	Piso:	Puerta:
Municipio:		Provincia:		CP:	
Teléfono:		Correo electrónico:			

AUTORIZACIONES

¿Autoriza a que los datos de esta inscripción se faciliten a la persona o entidad que lleve a cabo la actividad cuando no sea personal de la concejalía?	No ☐ Sí ☐
¿Autoriza la grabación de imágenes y fotografías durante la actividad y su posible publicación en la web o redes sociales del Ajuntament d'Eivissa con fines informativos o de difusión?	No ☐ Sí ☐

Eivissa, ____ de _____ de 20 ____

(Firma)

EXCMO. AJUNTAMENT D'EIVISSA

Declaro que la información aportada en la solicitud es cierta, que conozco las responsabilidades jurídicas derivadas de la falsedad en documentación pública. El artículo 14.2 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, LPAC, define los terceros obligados a relacionarse con la administración pública de forma electrónica para cualquier trámite de un procedimiento administrativo.



**Ajuntament
d'Eivissa**

Departamento responsable:

Juventut

Calle Castella, 19

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 75 44

joventut@eivissa.es

www.eivissajove.eivissa.es

CUMPLIMENTAR EN CASO DE MENORES DE EDAD

DATOS DE LA MADRE / DEL PADRE O RESPONSABLE LEGAL 1

Nombre:	Apellidos:	DNI:
Teléfono:	Correo electrónico:	

DATOS DEL PADRE / DE LA MADRE O RESPONSABLE LEGAL 2

Nombre:	Apellidos:	DNI:
Teléfono:	Correo electrónico:	

OTROS DATOS DEL/DE LA MENOR

¿Tiene alguna necesidad alimentaria específica (vegetariano/a, no consume cerdo, celiaquía, alergias, etc.)? No ☐ Sí ☐ ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna necesidad educativa especial (física, psicológica, cognitiva, etc.)? No ☐ Sí ☐ ¿Cuál? _____

Observaciones: _____

AUTORIZACIONES

En caso de accidente o enfermedad, ¿autoriza al personal responsable de la actividad a adoptar las decisiones urgentes necesarias, bajo la responsabilidad del personal sanitario que atienda al/a la menor? Siempre se informará a las personas responsables del o de la menor.	No ☐ Sí ☐
¿Autoriza al/ a la menor a salir solo/a del centro al finalizar la actividad?	No ☐ Sí ☐
En caso de NO autorizar la salida solo/a, indique las personas autorizadas para recoger al/a la menor (además de las personas responsables legales):	
Nombre y apellidos: _____	DNI: _____
Nombre y apellidos: _____	DNI: _____

Eivissa, ____ de _____ de 20 ____

(Firma)

EXCMO. AJUNTAMENT D'EIVISSA

Declaro que la información aportada en la solicitud es cierta, que conozco las responsabilidades jurídicas derivadas de la falsedad en documentación pública. El artículo 14.2 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, LPAC, define los terceros obligados a relacionarse con la administración pública de forma electrónica para cualquier trámite de un procedimiento administrativo.