



**Ajuntament
d'Eivissa**

Departamento responsable:

Joventut

Calle Castella, 19

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00 (Ext.

24150)

joventut@eivissa.es

Lugar de presentación:

Servei d'Atenció a la

Ciutadania

Calle Canàries, 35

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00

Fax: 971 39 75 71

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN UNA ACTIVIDAD EN EL CENTRO DE CREACIÓN JOVEN C19

DATOS DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad:	Id actividad:
-------------------------	---------------

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

Nombre:		Apellidos:				Id:	
DNI:	Edad:	Fecha de nacimiento: ____/____/____					
Domicilio:							
Edificio:		Número:	Bloque:	Piso:	Puerta:	CP:	
Móvil:	Tel. fijo:	Correo electrónico:					

LA PERSONA PARTICIPANTE Y/O RESPONSABLE LEGAL DEL/DE LA MENOR SE COMPROMETE A:

- Pagar el precio establecido al presentar la solicitud de participación para confirmar la plaza en la actividad a la que se inscribe.
- Realizar la actividad de acuerdo con el Reglamento de funcionamiento del Centro de Creación Joven C19.
- Presentar la solicitud y realizar el pago en plazo, ya que en caso contrario no se aceptará la inscripción.
- En caso de que la inscripción corresponda a una persona menor de edad cumplimentar todos los apartados del anexo 1, ya que en caso contrario no se aceptará la inscripción.
- En caso de que la inscripción corresponda a una persona menor de edad aportar fotocopia del DNI y de la tarjeta sanitaria en el momento de formalizar la inscripción.

LA PERSONA PARTICIPANTE Y/O RESPONSABLE LEGAL DEL/DE LA MENOR AUTORIZA A :

- ☐ Que se faciliten los datos que figuran en esta inscripción a la persona responsable de la actividad.

AUTORIZACIÓN CAPTACIÓN Y DIFUSIÓN DE IMAGEN

___ AUTORIZO LA GRABACIÓN DE IMÁGENES Y TOMA DE FOTOGRAFÍAS, y a que la imagen del/de la participante pueda ser utilizada conforme se considere adecuado para el archivo, publicación o difusión de la actividad ya sea a través de la web del Ayuntamiento de Eivissa, o mediante los servicios de redes sociales o servicios equivalentes, de titularidad municipal.

___ NO AUTORIZO la GRABACIÓN DE IMÁGENES Y TOMA DE FOTOGRAFÍAS ya que la imagen del/de la participante pueda ser utilizada conforme se considere adecuado para el archivo, publicación o difusión de la actividad ya sea a través de la web del Ayuntamiento de Eivissa, o mediante los servicios de redes sociales o servicios equivalentes, de titularidad municipal.

Eivissa, _____ de _____ de 20 _____

La persona participante o responsable legal del/de la menor (Firma)

EXCMO. AJUNTAMENT D'EIVISSA

Los datos facilitados por usted en este formulario pasarán a formar parte de los ficheros automatizados propiedad del Ajuntament d'Eivissa y podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. En conformidad con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada ante el Registro General de Entrada del Ajuntament d'Eivissa.



**Ajuntament
d'Eivissa**

Departamento responsable:

Joventut

Calle Castella, 19

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00 (Ext.

24150)

joventut@eivissa.es

Lugar de presentación:

Servei d'Atenció a la

Ciutadania

Calle Canàries, 35

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00

Fax: 971 39 75 71

ANEXO 1- CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE LA INSCRIPCIÓN CORRESPONDA A UN/UNA MENOR DE EDAD

DATOS DE LA MADRE O DE LA RESPONSABLE LEGAL

Nombre:	Apellidos:	DNI:
Móvil:	Tel. fijo:	Correo electrónico:

DATOS DEL PADRE O DEL RESPONSABLE LEGAL

Nombre:	Apellidos:	DNI:
Móvil:	Tel. fijo:	Correo electrónico:

OTROS DATOS DEL/DE LA MENOR

¿El niño o niña tiene alguna necesidad alimentaria específica (vegetariano/a, no come cerdo, celíaco/a, alergias...)?	
☐ Sí, cuál: _____	☐ No
¿El niño o niña tiene alguna necesidad educativa especial (física, psicológica, cognitiva, etc.)?	
☐ Sí, cuál: _____	☐ No
En caso afirmativo es imprescindible aportar un informe médico, psicológico o educativo.	
Observaciones:	

AUTORIZACIONES

La persona responsable del/de la menor autoriza a:	
☐ Sí ☐ No	En caso de enfermedad y/o accidente autoriza al/la responsable de la actividad a tomar las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias con carácter de urgencia, bajo la responsabilidad del facultativo/a al que se encomiende el/la menor, siempre practicando las notificaciones pertinentes a los responsables legales.
☐ Sí ☐ No	A salir solo/a sin estar acompañado del/de la responsable legal o las siguientes personas autorizadas:
	Nombre y apellidos: _____ DNI: _____
	Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

Eivissa, ____ de _____ de 20 ____

La persona responsable legal del/de la menor
(Firma)

EXCMO. AJUNTAMENT D'EIVISSA

Los datos facilitados por usted en este formulario pasarán a formar parte de los ficheros automatizados propiedad del Ajuntament d'Eivissa y podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. En conformidad con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada ante el Registro General de Entrada del Ajuntament d'Eivissa.