



## SOLICITUD PLAZAS DEL PLAN CORRESPONSABLES – VERANO DEPORTIVO

D./DÑA. \_\_\_\_\_, provisto/a de D.N.I. nº \_\_\_\_\_,  
nacionalidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, de  
la localidad de EL CASAR, teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico  
\_\_\_\_\_ por la presente

### EXPONE

- I.- Que por medio de este documento solicita poder participar en el Verano Deportivo por medio del Plan Corresponsables
- II.- que manifiesta que reúne todos y cada uno de los requisitos que se indican en el Decreto 52/2022, de 21 de junio, Plan Corresponsables

NOMBRE DEL ALUMNO/A \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ALUMNO/A \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ALUMNO/A \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ALUMNO/A \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

### PERTENECER A LOS SIGUIENTES GRUPOS PRIORITARIOS

- Víctimas de violencia de género en todas sus manifestaciones
- Familias monomaternales y monoparentales
- Mujeres mayores de 45 años
- Mujeres con discapacidad reconocida
- Unidades familiares en las que exista otras cargas relacionadas con los cuidados  
(en caso afirmativo, indicar: \_\_\_\_\_)
- Personas desempleadas de larga duración (18 meses) con cursos o formación en esas fechas.

### NIVEL DE RENTA Y CARGAS FAMILIARES

Renta mensual de la unidad familiar: (pensión de alimentos...): \_\_\_\_\_  
Número de miembros: \_\_\_\_\_

### PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA

NOMBRE Y DNI \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DNI \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DNI \_\_\_\_\_

### ¿NECESITARÍA AMPLIAR EL HORARIO? (VER HOJA INFORMATIVA)

AULA MATINAL

COMEDOR

### OTROS DATOS DEL PARTICIPANTE:

Sabe nadar: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS DEL PARTICIPANTE

¿Padece alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

CONCILIACIÓN FAMILIAR Y CORRESPONSABILIDAD – PLAN CORRESPONSABLES

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma medicación? \_\_\_\_\_

Nombre del/los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Cómo administrarlo/os?

Otras observaciones de tipo médico acerca de su hijo/a:

**AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS DE LOS NIÑOS/AS**

Don.....con DNI.....y  
Doña.....con DNI.....responsables legal  
del niño/a.....

- SI AUTORIZAMOS
- NO AUTORIZAMOS

**AUTORIZACIÓN DE LA MADRE, PADRE O TUTOR PARA LAS ACTIVIDADES**

Yo, D.....con DNI.....y  
Dª.....con DNI....., como responsables legales de  
el/la menor ..... le autorizamos a asistir a las actividades deportivas  
organizadas por el Plan Corresponsables y los servicios deportivos municipales de El Casar, en las fechas  
que detallo a continuación y certifico que no padece ninguna enfermedad física o psíquica que le impida la  
convivencia en grupo.

**QUINCENA EN LA QUE QUIERE PARTICIPAR CON EL PLAN CORRESPONSABLES:**

QUINCENAS	JULIO	AGOSTO
<input type="checkbox"/> 1ª QUINCENA	1 al 15 de julio	////////////////////
<input type="checkbox"/> 2ª QUINCENA	16 al 30 de julio	////////////////////
<input type="checkbox"/> 3ª QUINCENA	////////////////////	1 al 15 de agosto
<input type="checkbox"/> 4ª QUINCENA*	////////////////////	16 al 31 de agosto

El Casar a..... de ..... de 2024

Fdo.:

He sido informado de que la Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que le acompaña para la realización de actuaciones administrativas.

Información básica sobre protección de datos personales Responsable: Ayuntamiento de El Casar - Finalidad: Gestión administrativa. - Legitimación: Ejercicio de poderes públicos. - No se comunicarán a terceros los datos personales, salvo obligación legal. - El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, oposición y limitación del tratamiento de datos personales se realizará ante el Ayuntamiento de El Casar. Puede consultar la información adicional en la web de este Ayuntamiento: <https://elcasar.es>