



## SERVICIO EXTRAESCOLAR CURSO 2024/2025

### DATOS DEL INTERESADO

NOMBRE Y APELLIDOS	_____	
FECHA DE NACIMIENTO	_____ DNI	_____ CURSO
TELÉFONOS DE CONTACTO	_____	
DOMICILIO	_____ LOCALIDAD	_____
CORREO ELECTRÓNICO	_____	

### DATOS PROGENITOR O TUTOR LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS	_____	
DNI	_____ TELÉFONOS DE CONTACTO	_____
DOMICILIO	_____ LOCALIDAD	_____
CORREO ELECTRÓNICO	_____	

### DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

CONCEPTO	SI	NO	OBSERVACIONES
ALERGIAS ALIMENTICIAS			
OTRO TIPO DE ALERGIAS			
OTROS DATOS MÉDICOS O INFORMACIÓN RELEVANTE			

### PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO/A DE LA ACTIVIDAD ARRIBA INDICADA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

### DECLARACIÓN DE LAS FAMILIAS

- Que los datos que obran en este cuestionario son ciertos.
- Que autorizo a la Concejalía de Infancia y Juventud a tomar fotografías o imágenes del niño/a durante la actividad con carácter pedagógico y/o como medio de promoción de las actividades municipales.
- Que conozco la normativa de la actividad en cuanto a procedimiento de inscripción, pago y cancelación de plaza.

Y firmo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor del niño/a arriba indicado **declaro bajo mi responsabilidad** que los datos que obran en este cuestionario son ciertos, y eximo de toda responsabilidad a los organizadores y monitores de la omisión u ocultamiento de todo aquello que deberían tener conocimiento.

Fdo. D. /Dña.:



## SERVICIO EXTRAESCOLAR CURSO 2024/2025

### PAGO

**El pago se realizará mensualmente, en los primeros cinco días de cada mes, por parte del usuario.**

Se ofrecen dos medios para el pago:

- A)** Transferencia bancaria o ingreso en cuenta:
- TITULAR: AYUNTAMIENTO DE MIRAFLORES DE LA SIERRA – CONCEJALÍA JUVENTUD E INFANCIA
  - CAIXABANK - ES66 2100 4916 0513 0016 0564
  - Concepto “Últimos del Cole” – mes – Nombre alumno/a”
  - Enviar recibo a: [juventud@mirafloresdelasierra.es](mailto:juventud@mirafloresdelasierra.es)
- B)** **Pago con tarjeta en el Espacio Miraflores Muy Joven, los dos primeros días laborables de cada mes.**

### CONDICIONES GENERALES

- El precio de la actividad es de 14€/mes. La cuota mensual será la misma cada mes lectivo independientemente de los periodos vacacionales o de descanso.
- La inscripción se realizará con carácter anual, en caso de no proceder al pago, se dará de baja en la actividad al menor.
- Si desean dar de baja al menor, se comunicará por escrito antes del día 25 del mes previo a la baja.
- De existir cuotas pendientes de pago y no ser abonadas las cuotas pendientes de pago, el deudor pasará a ser reclamado mediante recaudación ejecutiva, perdiendo así la plaza en esta y otras actividades municipales hasta la liquidación de la deuda pendiente.
- La inscripción supone el conocimiento y aceptación de las condiciones generales de las actividades.
- El horario del servicio en los meses de junio y septiembre se adelanta, de 15 a 16h, dada la jornada de reducida de los centros escolares.

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor del niño arriba indicado **autorizo** a mi hijo/a o tutelado/a a realizar la actividad arriba indicada, declarando que es apto para el desarrollo de la misma, eximiendo de toda responsabilidad a los organizadores y monitores de la omisión u ocultamiento de todo aquello que deberían tener conocimiento, y **declaro bajo mi responsabilidad** que los datos que obran en este cuestionario son ciertos.

Leídas las normas, doy mi conformidad y firmo en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

Fdo. D. /Dña.: \_\_\_\_\_.



## SERVICIO EXTRAESCOLAR CURSO 2024/2025

### AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA

D./Dña. \_\_\_\_\_,

con DNI \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor legal del  
alumno \_\_\_\_\_,

del curso \_\_\_\_\_ AUTORIZO al responsable del CEIPS VICENTE ALEIXANDRE de  
Miraflores de la Sierra, a que entregue a mi hijo/a al/los responsable/s del servicio extraescolar, para el  
curso 2024/2025, gestionado por la Concejalía de Infancia y Juventud del Ayuntamiento de Miraflores de la  
Sierra, que se desarrolla en el mismo centro en horario de 16.00 a 17.00h, de lunes a viernes.

Leídas las normas, doy mi conformidad y firmo en \_\_\_\_\_,

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Fdo. D. /Dña.: \_\_\_\_\_.

