

## **FICHA DE INSCRIPCIÓN SERVICIOS PLAN CORRESPONSABLES:**

**SERVICIO: AULA CANGURO DEL CENTRO DE EDUCACION DE ADULTOS “ EMILIO NAVARRO” ,  
UTEBO.**

**FECHA DE ENTREGA HASTA EL 19 DE SEPTIEMBRE**

### **CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO:**

Servicio de conciliación familiar, destinado al cuidado de menores mientras los alumnos/ as del centro cursan estudios en éste. Compuesto por 15 plazas ,por la mañana y 15 por la tarde, destinadas a alumnos con menores de 0 hasta 16 años. Distribuidas de la siguiente forma:

- Mañana : se atenderá a menores de 0 a 3 años  
De 0 a 12 meses: 5 plazas  
De 1 a 2 años: 5 plazas  
De 2 a 3 años: 5 plazas
- Tarde: se atenderá a menores de 0 a 16 años  
De 0 a 3 años: 4 plazas  
De 3 a 6 años: 4 plazas  
De 6 a 12 años: 5 plazas  
De 12 a 16 años: 2 plazas

El servicio se prestará en el aula 6 del centro de educación de adultos, “ Emilio Navarro ” sito en avd. Navarra, 12, Utebo, pudiendo realizar actividades al aire libre. La entrega y recogida de los menores será en el aula, por los solicitantes del servicio.

En el caso de que existan más demanda que plazas, se priorizaran la adjudicación de éstas atendiendo a los criterios que establece el Convenio del Plan Corresponsables, que son los siguientes:

- 1) Familias monoparentales.
- 2) Víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra las mujeres.
- 3) Mujeres en situación de desempleo de larga duración.
- 4) Mujeres mayores de 45 años o unidades familiares en las que existan otras responsabilidades relacionadas con los cuidados, y personas mayores a su cargo.

Además de estos criterios, se tendrán en cuenta otros parámetros de acceso al servicio:

- 1) Nivel de renta de las unidades de convivencia solicitantes.
- 2) Las cargas familiares de las personas que soliciten la participación de los mismos.

Elaborándose , en caso necesario, lista de espera.

Una vez admitido , se entregará documentación relativa a las condiciones de uso del servicio.

Los menores deberán venir provistos de material que se requiera y sobre todo de almuerzo /merienda saludable, ropa cómoda y todos aquellos enseres necesarios para su cuidado, toallitas, pañales, biberones ...

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

TELEFONO:

PARENTESCO CON EL MENOR:

CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

COMARCA:

PROVINCIA:

HORARIO Y PERIODO DE ESTUDIOS:

**SITUACIÓN FAMILIAR:**

¿CON INGRESOS?

☐ SI: INGRESOS BRUTOS ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR: .....---€

☐ NO

FAMILIA PRIORITARIA: SI ☐

NO ☐

Se consideran familias prioritarias aquellas que se encuentran en al menos uno de los siguientes supuestos: (Si es su caso, marque el que proceda)

Familias monoparentales. ☐

Víctimas de violencia de género y de otras formas de violencia contra las mujeres. ☐

Mujeres en situación de desempleo de larga duración. ☐

Mujeres mayores de 45 años o unidades familiares en las que existen otras responsabilidades relacionadas con los cuidados y mayores a su cargo ☐

**DATOS DE LOS Y LAS MENORES:**

A continuación, incluya por favor los nombres de las o los menores que acudirían al aula. **Importante:** **SÓLO** debe introducir los datos para quienes se requiere el servicio, no es necesario incluir la totalidad de las o los menores de la unidad familiar. Añadir manualmente mas menores en caso de necesitarlo

**MENOR 1:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**EDAD:**

**OBSERVACIONES:** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONAL... CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios.

**MENOR 2:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**EDAD:**

**OBSERVACIONES** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONA Y/O CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE SOBRE LA SALUD DEL MENOR):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

**MENOR 3:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**EDAD:**

**OBSERVACIONES** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONAL... CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

**MENOR 4:**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**EDAD:**

**OBSERVACIONES** (DATOS MÉDICOS DE INTERÉS: ENFERMEDADES, ALERGIAS, MEDICACIÓN, DIVERSIDAD FUNCIONAL... CUALQUIER OTRO ASPECTO RELEVANTE):

\*solo se atenderán las observaciones médicas documentadas por profesionales sanitarios

***DATOS DE CONTACTO DURANTE EL SERVICIO:***

**TELEFONO 1:**

**PERSONA DE CONTACTO:**

**TELEFONO 2:**

**PERSONA DE CONTACTO:**

***TRATAMIENTO DE IMAGEN:***

DOY MI CONSENTIMIENTO para publicar imágenes, individuales o grupales, en las cuales aparece mi hijo/o mientras realiza las actividades. Las imágenes podrán ser difundidos en lo web del ayuntamiento, de la comarca, en carteles o publicidad, artículos de prensa...

☐ SI DOY MI CONSENTIMIENTO

☐ NO DOY MI CONSENTIMIENTO

EL/ LA ABAJO FIRMANTE DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE: SI EL MENOR PRESENTARA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES **NO** ASISTITIRÁ AL SERVICIO: FIEBRE (TEMPERATURA SUPERIOR A 37. 5º), MALESTAR GENERAL, VOMITOS, DIARREA Y EL RESTO DE LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LAS CONDICIONES DE USO. DE SER ASÍ, NO ACUDIRÁ AL SERVICIO.

AUTORIZO EN CASO DE NECESITARLO, QUE, EN CASO DE ACCIDENTE, ACTIVAR EL PROTOCOLO DEL SEGURO MÉDICO DEL SERVICIO.

DECLARA QUE CONOCE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SERVICIO Y EXPRESA SU COMPROMISO DE Estricto CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS.

AUTORIZA LA INSCRIPCIÓN DE EL/ LA /LOS / LAS MENORES EN LAS ACTIVIDADES DEL PLAN CORRESPONSABLES, ORGANIZADAS POR LA COMARCA CENTRAL, ACEPTANDO LAS NORMAS Y CONDICIONES DE ESTAS.

**Y A PORTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA TODOS:**

- FOTOCOPIA DNI DEL PADRE, MADRE O TUTOR Y DE LOS MENORES EN CASO DE TENER 14 AÑOS.
- TARJETA SANITARIA DE LOS MENORES .
- LIBRO DE FAMILIA.
- ULTIMA DECLARACIÓN DE LA RENTA O CERTIFICADO DE IRPF DE LA UNIDAD FAMILIAR.

**EN SU CASO SI PROCEDE:**

- SENTENCIA DE DIVORCIO.
- TARJETA DE DEMANDA DE EMPLEO.
- TITULO DE FAMILIA MONOPARENTAL .
- INFORME MEDICO DEL MENOR.
- CASO DE VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO ORDEN DE PROTECCION .
- CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA.

FIRMADO EN..... A.....DE..... DE 2022

**Información en Protección de Datos.** - Sus datos personales y los de los usuarios participantes de los servicios del Plan Corresponsables serán usados para registrar y atender su solicitud de inscripción, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Comunicaremos sus datos a terceras entidades cuando ello sea necesario para tramitar su solicitud o cuando una norma con rango de ley así lo exija, si bien no está prevista la cesión de su información fuera del Espacio Económico Europeo. Conservaremos sus datos mientras nos obliguen las leyes aplicables. Puede ejercitar sus derechos de protección de datos realizando una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: Comarca Central, Calle Molino Nº 1 Principal, CP 50180, Utebo (Zaragoza).

También puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: [aeneriz@audidat.com](mailto:aeneriz@audidat.com)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Más información en nuestras oficinas.