



MINISTERIO DE IGUALDAD
REPUBLICANA
FEMINISMO Y POLÍTICA
EXTERNA



Dirección General de Igualdad
CONSEJERÍA DE FAMILIA
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES



Nº de matrícula:

ENTRADA

FECHA:

HORA:

FICHA DE MATRÍCULA

“TALLERES VERANO 2026” (de 3 años *cumplidos* a 13 años)

MARQUE CON UNA “X” LA MODALIDAD EN LA QUE QUIERE MATRICULAR AL INTERESADO:

OFERTA VERANO 2026	HORARIO ESTANDAR 10.30 a 13.30h	HORARIO AMPLIADO 8.00 a 15.00h
1 DÍA	15 € <input type="checkbox"/>	20€ <input type="checkbox"/>
1 SEMANA JULIO <input type="checkbox"/> AGOSTO <input type="checkbox"/>	30 € <input type="checkbox"/>	35 € <input type="checkbox"/>
1 QUINCENA JULIO <input type="checkbox"/> AGOSTO <input type="checkbox"/>	50 € <input type="checkbox"/>	60 € <input type="checkbox"/>
1 MES JULIO <input type="checkbox"/> AGOSTO <input type="checkbox"/>	80 € <input type="checkbox"/>	85 € <input type="checkbox"/>
2 MESES JULIO <input type="checkbox"/> AGOSTO <input type="checkbox"/>	120 € <input type="checkbox"/>	140 € <input type="checkbox"/>

SERVICIO DE COMEDOR Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Autoriza actividad de Piscina Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Autoriza fotos/grab. del menor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	EN CASO DE RESPONDER SI, CUMPLIMENTE FICHA DE COMEDOR	

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS :

EDAD (fecha de nacimiento):

DOMICILIO :

nº.....portal..... Localidad.....

TELÉFONO MADRE/PADRE/ TUTOR:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

INDICAR SI EL PARTICIPANTE TIENE ALGÚN **PROBLEMA DE SALUD O ALERGIA** QUE REQUIERA CUIDADOS ESPECIALES (ESPECIFICAR):
.....
.....

FAMILIA NUMEROSA (MARQUE CON UNA “X”):
Si No
(Acreditar con fotocopia título de familia numerosa en vigor)

DISCAPACIDAD (MARQUE CON UNA “X”):
Si No
(Acreditar con fotocopia de resolución de concesión de grado de discapacidad/ tarjeta)

FAMILIA MONOPARENTAL (MARQUE CON UNA “X”):
Si No
(Acreditar con fotocopia de resolución)

DATOS DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

DNI:..... TELÉFONO: /

- 1) PARA DESARROLLAR **LA BONIFICACIÓN DEL COSTE** DE TALLERES DEBE DE REALIZAR **TRANSFERENCIA ANTES DEL INICIO DE TALLERES. INGRESAR LA CANTIDAD EN EL NÚMERO DE CUENTA:**

ES14 2100 8684 9902 0004 2911

- 2) **AÑADIR COMO CONCEPTO:** NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE - TALLERES DE VERANO SAN MARTÍN DE VALDEIGLESIAS.
- 3) LAS FAMILIAS DEBEN CONSERVAR EL JUSTIFICANTE DE PAGO

DATOS DE LOS PADRES / TUTORES			
Nombre y Apellidos Padre		N.I.F:	
Nombre y Apellidos Madre		N.I.F:	
Dirección:		Teléfono:	

D/Dª.....madre/padre o tutor con DNI Nº

.....**autoriza a participar** al menor matriculado en las actividades que se desarrollan en los **Talleres de VERANO 2026**. Y para que así conste y surta los efectos oportunos firmo la presente autorización

FIRMA: