



**Ajuntament  
d'Eivissa**

Departamento responsable:

**Joventut**

Calle Castella, 19

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00 (Ext. 24150)

[joventut@eivissa.es](mailto:joventut@eivissa.es)

[www.eivissa.es/vilajove](http://www.eivissa.es/vilajove)

Lugar de presentación:

**Servei d'Atenció a la Ciutadania**

Calle Canàries, 35

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00

Fax: 971 39 75 71

[sac@eivissa.es](mailto:sac@eivissa.es)

## 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:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar el precio establecido al presentar la solicitud de participación para confirmar la plaza en la actividad a la que se inscribe.</li> <li>- Realizar la actividad de acuerdo con el Reglamento de funcionamiento del Centro de Creación Joven C19.</li> <li>- Presentar la solicitud y realizar el pago en plazo, ya que en caso contrario no se aceptará la inscripción.</li> <li>- En caso de que la inscripción corresponda a una persona <u>menor de edad</u> cumplimentar todos los apartados del <u>anexo 1</u>, ya que en caso contrario no se aceptará la inscripción.</li> <li>- En caso de que la inscripción corresponda a una persona menor de edad aportar <u>fotocopia del DNI y de la tarjeta sanitaria</u> en el momento de formalizar la inscripción.</li> </ul>
--

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

<input type="checkbox"/> Que se faciliten los datos que figuran en esta inscripción a la persona responsable de la actividad.
---

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.

Declaro que la información aportada en la solicitud es cierta, que conozco las responsabilidades jurídicas derivadas de la falsedad en documentación pública. El artículo 14.2 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, LPAC, define los terceros obligados a relacionarse con la administración pública de forma electrónica para cualquier trámite de un procedimiento administrativo.



**Ajuntament  
d'Eivissa**

Departamento responsable:

**Joventut**

Calle Castella, 19

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00 (Ext. 24150)

[joventut@eivissa.es](mailto:joventut@eivissa.es)

[www.eivissa.es/vilajove](http://www.eivissa.es/vilajove)

Lugar de presentación:

**Servei d'Atenció a la Ciutadania**

Calle Canàries, 35

07800 Eivissa

Tel.: 971 39 76 00

Fax: 971 39 75 71

[sac@eivissa.es](mailto:sac@eivissa.es)

**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**

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

**AUTORIZACIONES**

La persona responsable del/de la menor autoriza a:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.

Declaro que la información aportada en la solicitud es cierta, que conozco las responsabilidades jurídicas derivadas de la falsedad en documentación pública. El artículo 14.2 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, LPAC, define los terceros obligados a relacionarse con la administración pública de forma electrónica para cualquier trámite de un procedimiento administrativo.