

SOLICITUDE

SERVIZO DE CONCILIACIÓN SERVIZO DE TARDES CURSO 2025/2026

DATOS PERSOAIS DO/A MENOR:

NOME E APELIDOS: _____
DNI: _____; N° TARXETA SANITARIA: _____
DATA DE NACEMENTO: _____ CURSO: _____
ENDEREZO: _____

DATOS PERSOAIS DO/A PAI/NAI/TITOR OU REPRESENTANTE LEGAL DO/A MENOR:

NOME E APELIDOS DO NAI: _____
DNI DA NAI: _____ TELÉFONO: _____

NOME E APELIDOS DO PAI: _____
DNI DO PAI: _____ TELÉFONO: _____

NOME E APELIDOS DO/A TITOR/A: _____
DNI DO/A TITOR/A: _____ TELÉFONO: _____

NOTA: EN CASO DE SEPARACIÓN OU DIVORCIO, ESPECIFICAR QUEN É A PERSOA QUE OSTENTA A CUSTODIA NAS DATAS DA ACTIVIDADE:

AUTORIZACIÓN NA RECOLLIDA:

AS PERSOAS ABAIXO ASINANTES TAMÉN AUTORIZAN Á RECOLLIDA DO/A MENOR ARIIBA MENCIONADO/A ÁS SEGUENTES PERSOAS:

NOME e APELIDOS DA PERSOA AUTORIZADA	DNI/NIE	PARENTESCO	TELÉFONO
--------------------------------------	---------	------------	----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

****Se por circunstancias acaecidas, o menor ten que ser recollido por outra persoa non mencionada nesta lista, comprométome a comunicalo polas canles establecidas.**

AUTORIZACIÓN A REALIZAR FOTOGRAFÍAS/VIDEOS:

Autorizo a que durante o transcurso habitual das actividades se poida **REALIZAR FOTOGRAFÍAS** do/a meu/miña fillo/a ou menor tutelado/a imaxe e voz, con fins divulgativos e/ou xustificativos do servizo

SI ☐ NO ☐

Divulgación a través de diferentes soportes dixitais (CD'S, PEN DRIVE, etc.) ou papel que se entregarán as familias do centro.

SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE DO/A MENOR:

Trataremos os datos de Saúde dos participantes (enfermidades infantís, alerxias, tratamentos con medicamentos, lesións, etc.) que poidan facilitarse, para a xestión da actividade. Aqueles participantes que non faciliten ningún tipo de información, declaran que son aptos para poder participar na actividade.

- DE SER O CASO, ENFERMIDADES INFECTO-CONTAXIOSAS E/OU CALQUERA OUTRA PATOLOXÍA QUE PADEZA A PERSOA PARTICIPANTE

Patoloxías	Trae medicación para auto-administración?		Medicación e pauta de tratamento (só se a trae ao servizo de Madrugadores)
	SI	NO	
	SI	NO	

- DE SER O CASO, ALERXIAS, INTOLERANCIAS OU PARTICULARIDADES ALIMENTICIAS DA PERSOA PARTICIPANTE:

Alerxia, intolerancia e/ou particularidades alimenticias	Trae medicación para auto-administración?		Medicación e pauta de tratamento (só se a trae ao servizo de Madrugadores)
	SI	NO	
	SI	NO	

- FACER REFERENCIA A CALQUERA CIRCUNSTANCIA E/OU NECESIDADE QUE A PERSOA PARTICIPANTE POIDA PRESENTAR DURANTE O DESENVOLVEMENTO DA ACTIVIDADE:

Discapacidade recoñecida:	Grao:	Necesidade:
Dependencia recoñecida:	Grao:	Necesidade:
Outras circunstancias sanitarias a ter en conta:		

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE OS PAIS/NAIS/TITORES CONSIDEREN ADVERTIR:

Documentación a axuntar a esta solicitude: Fotocopia DNI do/a asinante e Fotocopia tarxeta sanitaria do/a menor

Nome do Pai ou titor:

Nome da nai ou titora:

Sinatura

Sinatura

(*) É necesario que apareza a sinatura de ambos proxenitores ou titores legais.

Paradela, _____ de _____ de 2025

Responsable	AYUNTAMIENTO DE PARADELA. P2704200A. C/ Cabaleiros de Santiago, 15.- 27611.- Paradela.- LUGO
Finalidades	Gestión de las solicitudes de inscripción, y cobro de la actividad. Uso de datos de salud. Uso de imágenes. Aviso a familiares.
Legitimación	Obligaciones legales del Ayuntamiento de Paradela para la tramitación de la solicitud y consentimiento del interesado.
Duración	Los datos se conservarán como mínimo mientras dure la actividad y después durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales y los consentimientos otorgados.
Destinatarios	Personal y/o entidades públicas o privadas, involucradas en la gestión de la actividad o la prestación de un servicio, así como aquellas entidades a las que se tengan que comunicar los datos en cumplimiento de las obligaciones legales vinculada a la actividad incluida la gestión de la misma.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, y otros desarrollados en información adicional.



Concello de Paradela

[Info ampliada](#)

www.paradela.es o en las oficinas del Ayuntamiento.

Concello de Paradela

Rua Cabaleiros de Santiago, 15, PARADELA. 27611 Lugo. Tfno. 982541101. Fax: 982541232. Correo-e: concello.paradela@eidolocal.es