

INSCRIPCIÓN NO PROGRAMA DE CONCILIACIÓN VERÁN 2025

| Datos do/a neno/a solicitante | | | | | |
|-------------------------------|---------------|------------|--------|-------------------|-------|
| Nome e apelidos | | | | Data de nacemento | |
| Idade | Nacionalidade | | | Sexo | |
| Domicilio/Rúa | | | Número | Escaleira | Andar |
| Código postal | | Localidade | | Municipio | |
| Colexio no que estuda | | | | Curso | |
| Correo electrónico | | | | | |

| Datos das persoas responsables legais (nai / titora ou responsable legal) | | | | | |
|---|-----------|-----------|--------|----------------------|-------|
| Nome e apelidos | | | | DNI-NIF/NIE | |
| Profesión | | | | Horario laboral | |
| Nº Seguridade Social | | | | Mutua ou Aseguradora | |
| Domicilio/Rúa | | | Número | Escaleira | Andar |
| Código postal | | Municipio | | Provincia | |
| Teléfonos de contacto | Domicilio | Traballo | | Móbil | |
| Correo electrónico | | | | | |
| | | | | | |
| Nome e apelidos | | | | DNI-NIF/NIE | |
| Profesión | | | | Horario laboral | |
| Nº Seguridade Social | | | | Mutua ou Aseguradora | |
| Domicilio/Rúa | | | Número | Escaleira | Andar |
| Código postal | | Municipio | | Provincia | |
| Teléfonos de contacto: | Domicilio | Traballo | | Móbil | |
| Correo electrónico | | | | | |

| Ficha médica | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | SI | NON | | | |
| Toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cal: | | |
| Toma medicación ao longo da actividade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicar dose: | | |
| Ten alerxias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cales? | | |
| Asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Observacións | | |
| Maréase con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vomita con frecuencia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Non |
| Padece hemorrxias a miúdo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Ten convulsións? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ten algún réxime alimenticio | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Non |
| Ten as vacinas correspondentes á súa idade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Ten algunha discapacidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar: | | |
| Outras: | | | | | |

| Outros datos de interese | |
|---|--|
| Indique a garda e custodia en caso de separación, divorcio, etc.: | |
| Familia acolledora ou con permiso de convivencia: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON |
| Observacións: | |

| |
|--|
| Lugar de realización da actividade (marque unha única opción) |
| <input type="checkbox"/> CEIP RAMÓN CABANILLAS (Rúa José Antonio Souto Paz, 5) |
| <input type="checkbox"/> CEIP MONTE DOS POSTES (Rúa Fontiñas, 79) |
| Modalidades e horarios do servizo (marque unha única opción) |
| <input type="checkbox"/> Modalidade de só actividades: de 9 h a 14 h |
| <input type="checkbox"/> Modalidade con almorzo: de 7:45 a 14 h |
| <input type="checkbox"/> Modalidade con xantar: de 9 a 16 h |
| <input type="checkbox"/> Modalidade completa: de 7:45 a 16 h |
| Quendas (escolla as quendas que desexe) |
| <input type="checkbox"/> 1ª Quenda - Do 23 de xuño ao 30 de xuño do 2025 (23, 24, 25, 26, 27 e 30) |
| <input type="checkbox"/> 2ª Quenda - Do 1 de xullo ao 15 de xullo do 2025 (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 14 e 15) |
| <input type="checkbox"/> 3ª Quenda - Do 16 de xullo ao 31 de xullo do 2025 (16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 30 e 31) |
| <input type="checkbox"/> 4ª Quenda - Do 1 de agosto ao 14 de agosto do 2025 (1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 e 14) |
| <input type="checkbox"/> 5ª Quenda - Do 18 de agosto ao 29 de agosto do 2025 (18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28 e 29) |
| <input type="checkbox"/> 6ª Quenda - Do 1 de setembro ao 9 de setembro do 2025 (1, 2, 3, 4, 5, 8 e 9) |

| |
|---|
| Documentación |
| A achegar polo interesado/a: |
| <input type="checkbox"/> DNI-NIF/NIE do/a solicitante, se procede. |
| <input type="checkbox"/> DNI-NIF/NIE do/a representante, se procede. |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia do documento que acredite a identidade do pai, nai ou representante legal. |
| <input type="checkbox"/> Acreditación da representación, se procede (marcar no Anexo 1 os documentos achegados). |
| <input type="checkbox"/> Certificado do centro educativo no que está matriculado o neno/a no caso de non estar empadroadado no Concello de Santiago de Compostela. |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia da tarxeta sanitaria ou da compañía aseguradora. |
| <input type="checkbox"/> Acreditación de recoñecemento da discapacidade do neno/a, se é o caso. |
| <input type="checkbox"/> Informe do Departamento de Servizos Sociais do Concello de Santiago de Compostela, de ser o caso. |
| <input type="checkbox"/> Resolución da Administración autonómica que acredite o acollemento familiar ou o permiso de convivencia, de ser o caso. |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia do título de familia numerosa, se é o caso. |
| <input type="checkbox"/> Documento acreditativo da situación de familia monoparental, se é o caso. |
| <input type="checkbox"/> Certificado de empresa no que se indique que as persoas responsables legais están traballando, ou en tránsito, no horario e datas do programa. |

Data da solicitude,

Sinatura

ANEXO 1: DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DA REPRESENTACIÓN

En todos os casos é preciso achegar o DNI-NIF/NIE da persoa representada e da representante

Para a representación de persoas físicas maiores de idade (sinale o que corresponda)

- Poder notarial
- Apoderamento outorgado mediante comparecencia
- Outros documentos legais de representación maiores de idade

Para a representación de persoas con discapacidade (sinale o que corresponda)

- Resolución xudicial
- Declaración de gardador de feito¹

Para a representación de persoas xurídicas (sinale o que corresponda)

- Escritura pública
- Poder notarial

Para a representación de herdanzas xacentes, comunidades de bens ou outras entidades sen personalidade xurídica (sinale o que corresponda)

- Escritura pública
- Poder notarial

En caso de representación de persoas menores de idade (sinale o que corresponda)

- Libro de familia
- Resolución xudicial ou administrativa
- Outros documentos legais de representación

(1) Poden presentar solicitudes en nome da persoa con discapacidade