

MATRÍCULA ESPACIOS CORRESPONSABLES	N.º Solicitud <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
ESPACIO CORRESPONSABLE ASIGNADO:		
<input type="checkbox"/> COLEGIO JOSÉ BARCENAS	<input type="checkbox"/> COLEGIO PABLO IGLESIAS	<input type="checkbox"/> COLEGIO SAN ILDEFONSO
GRUPO AL QUE SE INCORPORA:		
<input type="checkbox"/> INFANTIL	<input type="checkbox"/> BENJAMIN	<input type="checkbox"/> ALEVIN
FECHA Y TIPO DE SERVICIO		
<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> TEMPORAL Fechas: De _____ a _____ (mínimo semana completa)	FRANJA HORARIA: <input type="checkbox"/> De 16:00 a 18:00 h. <input type="checkbox"/> De 18:00 a 20:00 h.	
1.- SOLICITANTE (persona que realizó la solicitud) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/a		
Apellidos:	Nombre:	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Teléfonos:	E-mail:	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
2.- NIÑO / NIÑA (Sólo se presentará una solicitud por niño/a)		
Apellidos:	Nombre:	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Fecha de nacimiento:	Edad actual:	Curso escolar:
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Centro Escolar donde estudia: <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nombre completo padre:		Nombre completo madre:
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>
ALERGIAS:		
<input style="width: 90%; height: 30px;" type="text"/>		
OTRAS ENFERMEDADES:		
<input style="width: 90%; height: 30px;" type="text"/>		
OBSERVACIONES:		
<input style="width: 90%; height: 60px;" type="text"/>		

PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Nombre y apellidos	Relación con el/la menor	Telefono para caso de urgencia

AUTORIZACIONES RECOGIDA MENOR: (sólo personas mayores de edad)

Nombre y apellidos	Relación con el/la menor	DNI

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA:

- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria
 Fotocopia de DNI/NIE de las personas autorizadas a recoger al/ a la menor.

AUTORIZACIONES EN LA INTERVENCIÓN CON EL/ LA MENOR

- AUTORIZO** al personal responsable de los Espacios Corresponsables a que tomen las medidas oportunas en caso de urgencia o accidente, durante su estancia, cuando no sea posible la comunicación previa con las personas responsables del/de la menor.
- AUTORIZO** a que pueda ser grabado/a o fotografiado/a por personal responsable de los Espacios Corresponsables con fines exclusivamente divulgativos del Servicio

COMPROMISOS

- Me comprometo a no traer al Espacio Corresponsable a mi hijo/a si presenta temperatura mayor o igual a **37º,5** tos, diarrea u otras sintomatologías sugerente de enfermedad por Coronavirus u otras enfermedades infecto-contagiosas. hasta la identificación y resolución del proceso infeccioso, Igualmente, ante la sospecha de contacto con personas enfermas o contagiadas por Coronavirus, seguirán las indicaciones de aislamiento dictadas por su pediatra para la contención del virus, informando al Centro de la Mujer para la adopción de medidas necesarias que fueran precisas en relación al resto de usuarios/as y personal del mismo.
- Me comprometo a utilizar el servicio en los horarios que constan en esta matrícula, respetando en todo momento los horarios de entrada y salida
- Me comprometo a que la recogida de mi hijo/a la realizarán las personas autorizadas en esta matrícula, que en ningún caso podrán ser menores de 18 años
- Me comprometo a informar al Centro de la mujer de toda incidencia que pueda surgir respecto a horarios, faltas de asistencia, o cualquier cuestión que considere necesario poner en su conocimiento. Están a su disposición fichas de incidencias que podrá cumplimentar para una correcta prestación del servicio.

Talavera de la Reina a de de

Firma