

12.- ANEXOS**ANEXO I: SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA “DIVIÉRTETE EXTREMADURA”**

DATOS PERSONALES (CUMPLIMENTAR CON LETRA MAYÚSCULA)			
NOMBRE, APELLIDOS Y DNI DEL REPRESENTANTE O TUTOR/A LEGAL			
NOMBRE Y APELLIDOS PARTICIPANTE:			
DNI:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		
E-MAIL:		NACIONALIDAD:	
DOMICILIO:		C. P. :	
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA:	
¿HA PARTICIPADO YA EN ESTA ACTIVIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			NACIONALIDAD:

CUESTIONARIO MÉDICO-SANITARIO			
¿PADECE ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD O TIENE TRATAMIENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Accesibilidad, alergias o intolerancia alimenticia,...)			
INDICAR:			
ACTIVIDAD QUE SOLICITA			
LOCALIDAD	FECHA	GRUPO EDAD	

AUTORIZACIÓN

Autorizo al Instituto de la Juventud de Extremadura y al Ayuntamiento de la Localidad a la difusión de las imágenes del/la participante, que con carácter informativo se puedan realizar en las diferentes actividades de la campaña de verano.

De acuerdo con la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen se podrá ejercer el derecho de oposición al apartado anterior, mediante escrito al Ayuntamiento de la localidad.

En _____, a _____ de _____ de 2020

Firma: _____

ANEXO IV. ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE OCIO EDUCATIVO INFANTIL Y JUVENIL

D/Dª con nº de DNI/NIE

actuando en nombre propio

como padre/madre/tutor-a de quién participa en la actividad (menor de edad)
..... con nº de DNI/NIE

Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales: Si No

En el caso de respuesta afirmativa, indique los siguientes datos sobre la actividad en la que se pretende participar:

- Localidad en la que se desarrolla la actividad:
.....
- Actividad propuesta:
- Fecha de realización:

Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el/la interesado/a) participe en las actividades de la organización expuesta, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las Medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19.

(Márquese lo que proceda)

Declaración responsable sobre estado de salud	
<input type="checkbox"/>	Declaro que el/la interesado/a cumple los requisitos de admisión establecidos en el Documento de aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado. Obligatorio marcar esta casilla.
<input type="checkbox"/>	Me comprometo a notificar si cambia el estado de salud y, en su caso, la causa de ausencia del/a interesado/a (a través de móvil u otro medio facilitado para este fin). Obligatorio marcar esta casilla.
<input type="checkbox"/>	Declaro que el/la interesado/a no presenta síntomas compatibles con la COVID-19 (fiebre, tos, sensación de falta de aire, disminución del olfato y del gusto, escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea, vómitos, etc.) en el momento actual. Obligatorio marcar esta casilla.

Aceptación del Documento de Medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19	
<input type="checkbox"/>	He leído y acepto los compromisos contenidos en el Documento de Medidas personales de higiene y prevención obligatorias. Obligatorio marcar esta casilla.

Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad al COVID-19	
<input type="checkbox"/>	Declaro que he recibido y leído el documento en el que se contemplan las medidas de adecuación y prevención de la actividad al COVID-19 de la entidad responsable de la actividad y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone.
<input type="checkbox"/>	Declaro que he recibido y leído el Protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio de la entidad responsable de la actividad

Consentimiento informado sobre COVID-19

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p>Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy consciente de los riesgos que implica, para la persona participante y para quienes conviven con él, participar en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad. Obligatorio marcar esta casilla.</p> |
|--------------------------|--|

Declaración sobre la infección por coronavirus de la persona que participa en la actividad

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p>Declaro que, si una vez finalizada la actividad y sin que hayan transcurrido 15 días desde la finalización de la misma, presentase sintomatología asociada a la COVID-19 o diese positivo en algún test realizado para esta enfermedad, informaré a la asociación, administración o empresa organizadora de la actividad en el momento en el que se tenga conocimiento de esta situación. Obligatorio marcar esta casilla.</p> |
|--------------------------|--|

En, a..... dede 2020

Fdo: