

**CHAPINERIA SALUD DEPORTIVA CAMPAMENTO DEPORTIVO
SEMANA SANTA 2026**

Dña./D. ,
con DNI, teléfono/s
Domicilio:

Y correo electrónico
como madre/padre/tutor/a, por medio de la presente, **SOLICITA** la inscripción en la
actividad **Campamento Deportivo Semana Santa 2026** en Chapinería, del menor:

NOMBRE Y APELLIDOS
EDAD:..... DOMICILIO:.....

El importe correspondiente será ingresado en la siguiente cuenta bancaria de titularidad municipal: ES30 2100 8021 1313 0006 4255 o bien será abonado con tarjeta en el momento de la inscripción en las oficinas municipales.

En Chapinería, a ____de _____de 2026

Firma madre/padre/tutor/a legal

INFORMACIÓN GENERAL ACTIVIDAD

- **DÍAS:** 27, 30 Y 31 DE MARZO Y, 1 Y 6 DE ABRIL DE 2026.
- **HORARIO:** 09:00 a 14:00 HORAS.
- **LUGAR:** POLIDEPORTIVO MUNICIPAL.
- **PARTICIPANTES:** MENORES DE ENTRE 3 (escolarizados) Y 12 AÑOS DE EDAD.
- **MÍNIMO DE PARTICIPANTES:** 5 MENORES.
NÚMERO MÁXIMO DE PARTICIPANTES: 12 MENORES.
- **PRECIO ÚNICO: 30 EUROS** (No procede la devolución del importe por falta de asistencia).
- PLAZAS LIMITADAS SUJETAS A Estricto ORDEN DE INSCRIPCIÓN.
Los menores deberán llevar ropa deportiva cómoda y almuerzo de media mañana



CHAPINERIA SALUD DEPORTIVA
CAMPAMENTO DEPORTIVO SEMANA SANTA 2026

D^a.con DNI
Como madre /tutora.

D. con DNI
Como padre /tutor.

Teléfono móvil madre/tutora: Teléfono Trabajo madre/tutora:

Teléfono móvil padre/tutor: Teléfono Trabajo padre/tutor:

Teléfono familiar/otros:

Autorizo/amos al menor (nombre y apellidos)

Para que participe en todas las actividades organizadas por el Ayuntamiento de Chapinería durante el CAMPAMENTO DEPORTIVO SEMANA SANTA 2025.

Asimismo, autorizo a los monitores para que en caso de accidente o enfermedad del menor actúen como mejor proceda.

Autorizo/amos* a que recojan al menor a:

Nombre y apellidos : DNI:

Nombre y apellidos : DNI:

Nombre y apellidos : DNI:

*En caso de firmar sólo uno de los padres esta ficha, éste deberá autorizar, en su caso, al otro progenitor.

Para regresar solo a casa: SI ☐ NO ☐

Para realizar fotografías: SI ☐ NO ☐

☐ NO ☐

Para realizar salidas dentro del municipio: SI

NO ☐

¿Es la primera vez que asiste a una actividad de este tipo? SI ☐ NO ☐

Enfermedades específicas padecidas:

Alergia a medicamentos: SI ☐ NO ☐

¿A cuáles?

Necesita medicación especial: SI ☐ NO ☐

Para que el monitor/a le cambie de ropa en caso de ser necesario: SI ☐ ANTECEDENTES DEL

MENOR:

Otro tipo de alergias:

OBSERVACIONES:

Firma de la madre/tutora:

Firma del padre/tutor:

Ayuntamiento de Chapinería

Plaza de la Constitución, 1, Chapinería. 28694 (Madrid). Tfno. 918652238. Fax: 918652137