



**ACTIVIDAD**

|                   |  |               |  |
|-------------------|--|---------------|--|
| Nombre actividad: |  | Fecha inicio: |  |
|-------------------|--|---------------|--|

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

|                     |   |                            |   |
|---------------------|---|----------------------------|---|
| DNI / NIE           |   | Nombre                     |   |
| Primer apellido     |   | Segundo apellido           |   |
| Fecha de nacimiento |   | Teléfono(s)                |   |
| Correo electrónico  |   |                            |   |
| Domicilio           |   |                            |   |
| Empadronado/a:      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Familia Numerosa General:  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|                     |   | Familia Numerosa Especial: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**DATOS MÉDICOS**

|   |              |
|---|--------------|
| Enfermedad o discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                      |              |
| ¿Cuál?  | Tratamiento: |
| Alergias: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿A qué?   |              |
| Intolerancia alimentaria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿A qué alimentos? |              |

**DATOS BANCARIOS (SI PROCEDE)**

|                       |                  |         |      |
|-----------------------|------------------|---------|------|
| Titular de la cuenta  |                  | DNI     |      |
| Dígitos de la Entidad | Dígitos Sucursal | Oficina | D.C. |
|                       |                  |         |      |
| Número de Cuenta      |                  |         |      |
|                       |                  |         |      |

**AUTORIZACIONES, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

JV05-REV00

|   |  |
|---|--|
| <p>La persona inscrita o, en su caso, representante legal (marque lo que proceda con una X) <input type="checkbox"/> AUTORIZA <input type="checkbox"/> NO AUTORIZA la captación de la imagen personal del/la participante y su reproducción mediante fotografía y/o video (con o sin voz) en las que aparezca la persona interesada de forma reconocible, con el fin de que puedan ser publicadas de forma gratuita y con fines meramente divulgativos en el sitio web corporativo del Ayuntamiento de Majadahonda, perfiles en RRSS y medios de comunicación escritos.</p> |  |
| <p>Firma del participante mayor de 14 años</p> <p>En Majadahonda, a _____ de _____ 20_____</p>  | <p>Firma de los representantes legales *</p> <p>En Majadahonda, a _____ de _____ 20_____</p> <p>* Será válida la autorización de ambos progenitores o la otorgada por uno de ellos con el consentimiento del otro, conforme al uso social y a las circunstancias, o en situaciones de urgente necesidad.</p> |

Los datos personales incluidos en este formulario serán tratados por el Ayuntamiento de Majadahonda como Responsable de Tratamiento con la finalidad de gestionar la presente solicitud de inscripción y la participación en las actividades indicadas. Puede revocar el consentimiento otorgado, así como ejercer sus derechos como persona interesada en materia de protección de datos personales (acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación y portabilidad) dirigiendo su petición por escrito al Ayuntamiento de Majadahonda con sede en la Plaza Mayor nº 3; 28220 Majadahonda (Madrid), ya sea (1) a través del Registro General de forma presencial o mediante envío postal o (2) a través de la Sede Electrónica del Ayuntamiento. Para obtener más información sobre el tratamiento de sus datos personales consulte nuestra [Política de Privacidad](#) y el [Registro de Actividades de Tratamiento](#).