

**Ficha de Inscripción.  
Vacaciones "grupales" de Adultos `10.  
Ciudad-Residencia de Ocio y T. L. de Marbella.  
(Del 5 al 11 de mayo y del 26 al 31 de mayo de 2010).  
CANF-COCEMFE Andalucía**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>DNI:</b>
<b>TELÉFONO:</b>	<b>MÓVIL:</b>
<b>E-MAIL:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>	
<b>LOCALIDAD:</b>	<b>PROVINCIA::</b>
<b>ENTIDAD DE LA QUE PROVIENE:</b>	

<b>TIPO DE DISCAPACIDAD:</b>	<b>PORCENTAJE:</b> %
<b>SILLA DE RUEDAS PROPIA.....</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	<b>TIENE ALGUNA PRÓTESIS.....</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
<b>NECESITA SILLA DE RUEDAS</b>	<b>CUAL.....</b>
<b>CANF PARA DESPLAZAMIENTOS.....</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	<b>NECESIDAD DE BAÑO ADAPTADO: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></b>
	<b>ALERGIA/AS:.....</b>

<b>NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></b>		
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		
<b>F. DE NACIMIENTO:</b>	<b>DNI:</b>	<b>TIENE DISCAPACIDAD EL ACOMPAÑANTE:</b>
		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <b>PORCENTAJE:</b> %
<b>SI NO LLEVA ACOMPAÑANTE, NECESITA VOLUNTARIO/A CANF No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></b>	<b>TIPO DE AYUDA O NECESIDADES:</b> _____	

<b>NECESIDADES Y ATENCIONES ESPECIALES Y DE ALIMENTACIÓN U OBSERVACIONES QUE DESEE HACER CONSTAR EL SOLICITANTE:</b>
_____
_____
_____
_____

<b>DISFRUTÓ DE ALGÚN TURNO DE VACACIONES DE CANF COCEMFE-ANDALUCÍA EN 2008 Y 2009:</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
<b>DIGA CUAL: MARBELLA (MAYO) <input type="checkbox"/> (OCTUBRE) <input type="checkbox"/></b>

- Se recomienda leer la solicitud antes de rellenarla.
- La omisión de datos podrá dar lugar a la no aceptación de los solicitantes.
- Junto a la documentación requerida:
  - ✓ Fotocopia del DNI, de el/la participante, y acompañante en su caso.
  - ✓ Fotocopia de la tarjeta de la Seg. Social de el/la participante, y acompañante en su caso.
  - ✓ Fotocopia del Certificado de Minusvalía.
  - ✓ Certificado médico de no padecer enfermedad infecto-contagiosa de el/la participante, y acompañante en su caso.
  - ✓ Resguardo del ingreso bancario del precio de las vacaciones, a nombre del/la participante.
- Se deberá adjuntar un informe médico o prescripción en el caso de que necesite que se suministre medicación ingerida o inyectada por el personal sanitario de las vacaciones.
- En el caso de necesidades especiales, de alimentación o dietas especiales se deberá adjuntar un informe médico, o anexo firmado por la persona afectada, o responsable legal en su caso, donde se especifiquen los cuidados, o datos a tener en cuenta.

Documentación que se anexa:

---



---



---



---



---

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD:**

**D/D:** \_\_\_\_\_ **,CON DNI:** \_\_\_\_\_

**DECLARA QUE LOS DATOS QUE FIGURAN EN ESTA SOLICITUD SON CIERTOS, Y ACEPTA QUE SE INCLUYAN EN LA BASE DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD DE CANF-COCEMFE ANDALUCÍA, QUEDANDO PROTEGIDOS POR LA AGENCIA DE PROTECCIÓN DE DATOS. EN APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL LOS INTERESADOS PODRÁN EJERCITAR EL DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN PREVISTOS EN LA LEY MENCIONADA. ESTOS DATOS SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD DE CANF COCEMFE ANDALUCÍA C/ ALFARERÍA N° 126, A. C. P. 41010. SEVILLA.**

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2.010.

FIRMA.

FIRMA.

EL INTERESADO.

EL REP. LEGAL.