**ACCEPTACIÓ DE CONDICIONS I CONSENTIMENT DE PARTICIPACIÓ EN EL SERVEI DE CONCILIACIÓ FAMILIAR ORGANITZAT PER L’AJUNTAMENT D’ALFARA DEL PATRIARCA**

........................................................................ amb núm. de DNI/NIE ...............................

actuant en nom propi com a pare/mare/tutor-a de l'interessat/a (menor d'edat)

......................................................................... amb núm. de DNI/NIE ..............................

**Pertinença a grups vulnerables o amb necessitats especials d'adaptació:**

**Sí** / ////////// **No**

Declare sota la meua responsabilitat que sol·licite que la persona les dades de la qual figuren a l'encapçalament (l'interessat/da) participe en les activitats de l'organització exposada, per a això he llegit amb detall la informació proporcionada per l’organització i accepte les condicions de participació, exprese el meu compromís amb les mesures personals d'higiene i prevenció i assumisc tota la responsabilitat davant de la possibilitat de contagi per COVID-19 atenent que l’entitat promotora complisca també amb els seus compromisos i obligacions.

**(Marqueu en el que calga)**

**A) Declaració responsable de no formar part de grups de risc o de conviure amb grup de risc**

⬜Declare que la persona interessada pertany a un grup de risc i que compta amb l’autorització de l’equip sanitari per poder participar en les activitats.

⬜ Declare que la persona interessada sap quines són les mesures extres de protecció i higiene (si n’hi haguera)

**B)Compromís de revisió diària de l’estat de salut i raó de l’absència**

⬜ Em compromet a mirar diàriament la temperatura al/la participant i, si escau, notificar l’absència (a través de mòbil o altre mitjà establit)

**C) Declaració d’haver llegit i acceptat els documents proporcionats per l’organització sobre l’adaptació de l’activitat a la COVID 19**.

⬜ He llegit i accepte els compromisos continguts en el document “Protocol de Seguretat i Higiene) de l’entitat promotora del Servei de Conciliació durant l’estiu 2020.

**D) Consentiment informat sobre COVID 19**

⬜ Declare que, després d'haver rebut i llegit atentament la informació continguda en els documents anteriors, soc coneixedor/a de les mesures que implica, per al/a la participant i per a les persones que conviuen amb ell/a, la participació de l'interessat/da en l'activitat en el context de desescalada o nova normalitat, i assumisc sota la meua pròpia responsabilitat, atenent que l’entitat promotora complisca també amb els seus compromisos i obligacions.

Signatura

………..…………............……., ....….. de ….………..………de ..................

**ACEPTACIÓN DE CONDICIONES Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL SERVICIO DE CONCILIACIÓN FAMILIAR ORGANIZADO POR El AYUNTAMIENTO De ALFARA DEL PATRIARCA**  
  
........................................................................ con n.º de DNI/NIE ...............................  
actuando en nombre propio como padre/madre/tutor-a de el interesado/a (menor de edad)  
......................................................................... con n.º de DNI/NIE ..............................

**Pertenencia a grupos vulnerables o con necesidades especiales de adaptación:**  
Sí / ////////// No

Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona los datos de la cual figuran al encabezamiento (el interesado/da) participo en las actividades de la organización expuesta, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada por la organización y acepto las condiciones de participación, expresO mi compromiso con las medidas personales de higiene y prevención y asumo toda la responsabilidad ante la posibilidad de contagio por COVID-19 atendiendo que la entidad promotora cumpla también con sus compromisos y obligaciones.  
  
(Marcáis en el que haga falta)

**A) Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo o de convivir con grupo de riesgo**⬜Declaro que la persona interesada pertenece a un grupo de riesgo y que cuenta con la autorización del equipo sanitario para poder participar en las actividades.  
⬜ Declaro que la persona interesada sabe cuáles son las medidas extras de protección e higiene (si hubiera)  
  
**B) Compromís de revisión diaria del estado de salud y razón de la ausencia**

⬜ Me comprometo a mirar diariamente la temperatura al/la participante y, si procede, notificar la ausencia (a través de móvil u otro medio establecido)

**C) Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad a la COVID 19.**  
⬜ He leído y acepto los compromisos contenidos en el documento “Protocolo de Seguridad e Higiene” de la entidad promotora del Servicio de Conciliación durante el verano 2020.

**D) Consentimiento informado sobre COVID 19**  
⬜ Declaro que, después de haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy conocedor/a de las medidas que implica, para el/a la participante y para las personas que conviven con él/a, la participación del interesado/da en la actividad en el contexto de desescalada o nueva normalidad, y asumo bajo mi propia responsabilidad, atendiendo que la entidad promotora cumpla también con sus compromisos y obligaciones.

Firma

………..…………............……., ....….. de ….………..………de ..................