



**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**

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

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

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

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

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

- o Se recomienda leer la solicitud antes de rellenarla.
- o La omisión de datos podrá dar lugar a la no aceptación de los solicitantes.
- o 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.
- o 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.
- o 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/Dº: \_\_\_\_\_, 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 Nº 126, A. C. P. 41010. SEVILLA.

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

FIRMA.

FIRMA.

EL INTERESADO.

EL REP. LEGAL.