

## ANEXO I

| DATOS DEL CENTRO  |               |                    |        |    |           |
|---|---------------|--------------------|--------|----|-----------|
| Nombre  |               |                    |        |    |           |
| Código  |               | Domicilio          |        |    |           |
| Localidad   |               |                    |        |    | Provincia |
| C. Postal   |               | Correo electrónico |        |    |           |
| Fax   |               | Teléfono           |        |    |           |
| Don/Doña:   |               |                    |        |    |           |
| Director/a del centro   |               |                    |        |    |           |
| Solicita participar en el Programa de Campamentos de Inmersión Lingüística:                   |               |                    |        |    |           |
| GRUPO 1   | Nº ALUMNOS/AS | CURSO              | IDIOMA |    |           |
| GRUPO 2   | Nº ALUMNOS/AS | CURSO              | IDIOMA |    |           |
| GRUPO 3   | Nº ALUMNOS/AS | CURSO              | IDIOMA |    |           |
| Fecha aprobación Consejo Escolar:   |               |                    |        |    |           |
| a) Es un centro bilingüe.   |               |                    |        | SÍ | NO        |
| b) Es centro autorizado a desarrollar Planes de Compensación Educativa.                       |               |                    |        | SÍ | NO        |
| c) Está desarrollando una asociación escolar Comenius en el presente curso escolar 2010/2011. |               |                    |        | SÍ | NO        |
| d) Es Colegio Público Rural o Escuela Rural con imposibilidad geográfica de agrupamiento.     |               |                    |        | SÍ | NO        |
| e) No ha sido seleccionado en las dos últimas convocatorias de este Programa.                 |               |                    |        | SÍ | NO        |
| f) Justificación idoneidad de participación en la convocatoria:                               |               |                    |        |    |           |

ANEXO II

|    | Apellidos y Nombre | Curso |
|----|--------------------|-------|
| 1  |                    |       |
| 2  |                    |       |
| 3  |                    |       |
| 4  |                    |       |
| 5  |                    |       |
| 6  |                    |       |
| 7  |                    |       |
| 8  |                    |       |
| 9  |                    |       |
| 10 |                    |       |
| 11 |                    |       |
| 12 |                    |       |
| 13 |                    |       |
| 14 |                    |       |
| 15 |                    |       |
| 16 |                    |       |
| 17 |                    |       |
| 18 |                    |       |
| 19 |                    |       |
| 20 |                    |       |
| 21 |                    |       |
| 22 |                    |       |
| 23 |                    |       |
| 24 |                    |       |
| 25 |                    |       |

**INSTANCIA NO RELLENABLE**

ANEXO III

| DATOS PERSONALES DE PARTICIPANTES          |                      |                      |                      |                      |   |                         |                         |              |  |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|-------------------------|-------------------------|--------------|--|
| PRIMER APELLIDO                            |                      |                      | SEGUNDO APELLIDO     |                      |   |                         | NOMBRE                  |              |  |
|  |                      |                      |                      |                      |   |                         |                         |              |  |
| FECHA DE NACIMIENTO                        |                      |                      |                      |                      |   |                         |                         |              |  |
| DÍA  |                      | MES                  |                      | AÑO                  |   | SEXO                    |                         | DOMICILIO    |  |
| <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | H: <input type="text"/> | M: <input type="text"/> |              |  |
| C. POST.                                   |                      | LOCALIDAD            |                      |                      |   | PROVINCIA               |                         | TELÉFONO     |  |
|  |                      |                      |                      |                      |   |                         |                         |              |  |
| PERSONA DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD   |                      |                      |                      |                      | Nº. MIEMBRO<br>S UNIDAD FAMILIAR<br>(incluido el solicitante) |                         |                         | Nº. HERMANOS |  |
|  |                      |                      |                      |                      |   |                         |                         |              |  |
| TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD |                      |                      |                      |                      | LUGAR QUE<br>OCUPA  |                         |                         |              |  |
|  |                      |                      |                      |                      |   |                         |                         |              |  |

| CUESTIONARIO MÉDICO (A cumplimentar por el padre/madre/tutor, en su caso.) |   |  |  |    |    |
|--|---|--|--|----|----|
| 1.1  | ¿Toma alguna medicación? (Marque con una x la respuesta que proceda)  |  |  | SÍ | NO |
|  | En caso afirmativo, especifique qué medicamentos toma, dosis diaria y horario:  |  |  |    |    |
|  |   |  |  |    |    |
| 1.2  | ¿Padece algún tipo de alergia? (Marque con una x la respuesta que proceda)  |  |  | SÍ | NO |
|  | En caso afirmativo, indicar cuáles:   |  |  |    |    |
|  |   |  |  |    |    |
| 1.3  | Relacione las enfermedades de las que está vacunado:  |  |  |    |    |
|  |   |  |  |    |    |
| 1.4  | ¿Sigue algún régimen especial de comidas?   |  |  |    |    |
|  | En caso afirmativo, indicar cuál:   |  |  |    |    |
|  |   |  |  |    |    |
| 1.5  | Explique cualquier otra circunstancia que pueda resultar de interés o que deba ser tomada en cuenta en relación con la asistencia del alumno/a: |  |  |    |    |
|  |   |  |  |    |    |

**PROTECCIÓN DE DATOS**  
**En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa de que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, a un fichero automatizado. Así mismo, se le informa de que la recogida y el tratamiento de dichos datos tienen como única finalidad la gestión del procedimiento establecido en la presente Orden.**  
**De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Participación e Innovación Educativa. Consejería de Educación. C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. 41071 Sevilla**

ANEXO IV

| AUTORIZACIÓN  |  |         |  |
|---|--|---------|--|
| Don/Doña  |  | con DNI |  |
| padre/madre/tutor del alumno/a  |  |         |  |
| <p>Solicita y otorga su autorización para que participe en el Programa Campamentos de Inmersión Lingüística y reciba la atención médica que, en su caso fuera necesaria. Así mismo, acepta que, en caso de producirse alguna circunstancia que aconseje la interrupción de su participación en el mismo, el/la alumno/a podrá regresar a su domicilio antes de la fecha prevista.</p> |  |         |  |

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Fdo: