TALLERES DE MUSICOTERAPIA PARA CHICOS Y CHICAS CON DISCAPACIDAD

«LA ARMONÍA DE LA SULTANA»

Proyecto promovido y subvencionado por el Ayuntamiento de Benalmádena · Aprobado en el marco de los Presupuestos Participativos

Para formalizar la matrícula, entregue esta ficha impresa, cumplimentada y firmada en la Escuela La Sultana, junto con el justificante de empadronamiento.

1. DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Primer apellido		**Segundo apellido**	
Nombre		**Sexo (opcional)**	
DNI / NIE / pasaporte (si tiene)		**N.º de hermanos/as**	
Teléfono (si procede)		**Nacionalidad**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		**Correo electrónico de contacto**	
Tipo de vía		**Nombre de la vía**	
Número		**Letra / km**	
Bloque		**Portal**	
Escalera		**Planta**	
Puerta		**Entidad de población / localidad**	
Municipio		**Provincia**	
Código postal			

2. PERSONAS QUE EJERCEN LA GUARDA O TUTELA

PERSONA GUARDADORA 1

Apellidos y nombre		**DNI / NIE / pasaporte**	
Teléfono de contacto		**Correo electrónico**	
Relación familiar			

Marque: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor/a legal ☐ Otra: _____

PERSONA GUARDADORA 2 (si procede)

Apellidos y nombre		**DNI / NIE / pasaporte**	
Teléfono de contacto		**Correo electrónico**	
Relación familiar			

Marque: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor/a legal ☐ Otra: _____

3. AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL ALUMNO O ALUMNA

Autorizo a las personas indicadas a recoger al alumno/a a la salida de la actividad. La Asociación podrá solicitar que acrediten su identidad.

Persona autorizada 1: nombre y apellidos		**DNI / NIE / pasaporte**	
Teléfono (opcional)		**Relación con el alumno/a**	
Persona autorizada 2 (si procede)		**DNI / NIE / pasaporte**	
Teléfono (opcional)		**Relación con el alumno/a**	

4. AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y VÍDEO

Marque una opción en cada bloque. Son autorizaciones voluntarias y no condicionan la participación. La Asociación podrá realizar fotografías y vídeos únicamente para los usos que usted autorice.

A. Uso interno: compartir imágenes con las familias participantes para mostrar y documentar las actividades.

☐ SÍ AUTORIZO	☐ NO AUTORIZO

B. Difusión externa: revista escolar, murales, exposiciones, blog, página web y páginas o redes sociales vinculadas a la Asociación.

☐ SÍ AUTORIZO		☐ NO AUTORIZO	
Nombre del/de la menor		**Fecha**	
Firma de la persona representante		**DNI de la persona representante**	

La opción “No autorizo” no impide la inscripción. Puede retirar el consentimiento para usos futuros mediante comunicación a la Asociación.

5. INFORMACIÓN DE SALUD Y APOYOS NECESARIOS

Información confidencial: indique solo lo necesario para atender y acompañar al alumno/a con seguridad. Puede adjuntar pautas relevantes en sobre cerrado; comunique cualquier cambio. Entregue esta información separada y guárdela con acceso restringido.

Alergias (alimentos, medicamentos u otras)		**¿Requiere actuación urgente?**	☐ Sí ☐ No
Medicación (nombre, dosis y horario durante la actividad)		**¿La traerá al centro?**	☐ Sí ☐ No

Diagnóstico, patología o condición relevante para la actividad:	
Indicaciones, señales de malestar, apoyos, comunicación o actuación recomendada:	

☐ Adjunto documentación relevante ☐ No adjunto documentación

Consentimiento expreso para datos de salud: autorizo su tratamiento exclusivamente para planificar apoyos y prevenir riesgos durante la participación.

☐ Sí, consiento ☐ No consiento

6. SITUACIÓN FAMILIAR O INFORMACIÓN RELEVANTE

Indique, si procede, circunstancias que debamos conocer para el bienestar y la seguridad del alumno/a (por ejemplo, medidas vigentes sobre recogida o comunicación). Aporte únicamente lo imprescindible.

Información que la Asociación debe tener en cuenta:	

7. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN

Declaro que los datos facilitados son correctos y me comprometo a comunicar cambios relevantes. Confirmo que conozco y acepto las normas de la Asociación y del centro, publicadas en la web de la Asociación, y que he recibido información sobre el proyecto La Armonía de La Sultana.

En Arroyo de la Miel, a _____ de _____ de 2026.

FIRMA PERSONA GUARDADORA 1 Nombre: _____ DNI: _____	FIRMA PERSONA GUARDADORA 2 (si procede) Nombre: _____ DNI: _____

8. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Asociación Sociocultural Danza y Bienestar La Sultana. Contacto: C/ Ciruelo 7, Arroyo de la Miel, Benalmádena; teléfono 639 86 70 10. Finalidades: gestionar la inscripción, organización y seguridad, atender necesidades de apoyo, contactar con la familia y acreditar requisitos y ejecución del proyecto.

Base y destinatarios: los datos identificativos y de contacto se tratarán para gestionar la participación y cumplir obligaciones aplicables al proyecto subvencionado. Los datos de salud requieren consentimiento explícito y se usarán para planificar apoyos y prevenir riesgos. La imagen requiere autorización separada. Los datos estrictamente necesarios podrán comunicarse al Ayuntamiento cuando resulte exigible para verificar empadronamiento o justificar/controlar la subvención. No se facilitarán datos de salud ni el expediente completo salvo exigencia legal concreta.

Conservación: la documentación identificativa y justificativa necesaria para el expediente se custodiará durante cinco años desde el cierre de la justificación final, salvo plazo distinto o superior en la resolución o bases municipales. Los datos de salud se conservarán separados, con acceso restringido y solo el tiempo necesario para los apoyos y responsabilidades; después se suprimirán o bloquearán, salvo obligación legal. La memoria usará datos agregados o anónimos, sin fichas nominales ni detalles de salud.

Derechos: puede solicitar acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición cuando proceda, retirar consentimientos y solicitar portabilidad cuando sea aplicable, dirigiéndose a la Asociación en los datos indicados. También puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos.

9. ACREDITACIÓN DE EMPADRONAMIENTO EN BENALMÁDENA

Requisito de participación: solo pueden participar personas empadronadas en Benalmádena.

Adjunte nota / volante de padrón vigente donde conste el alumno/a, aportando solo los datos necesarios.

☐ Adjunto nota / volante de padrón

☐ Pendiente de aportar · Matrícula pendiente de validación

10. FORMACIÓN / ESCOLARIZACIÓN - CURSO 2026-2027

Indique el centro, etapa y curso o formación. Estos datos permiten conocer la diversidad de centros y modalidades y organizar la participación de manera equilibrada. Marque la modalidad que figura en la documentación del centro; si no la conoce, marque “No consta / no lo sé”.

Centro educativo / formativo		**Localidad**	
Etapa / curso / formación		**Modalidad**	
☐ A · Grupo ordinario		☐ B · Grupo ordinario con apoyos en determinados periodos	
☐ C · Aula específica de educación especial		☐ D · Centro específico de educación especial	
☐ No consta / no lo sé		☐ Otra: _____	

La Asociación anotará la modalidad indicada por la familia; no la determinará.

11. PERSONA DE REFERENCIA PARA APOYO INDIVIDUALIZADO (AULA ESPECÍFICA)

Complete este apartado si el alumno/a está escolarizado/a en aula específica. Indique la persona profesional del centro con quien se podrá contar, si el equipo profesional considera necesario un acompañamiento individualizado durante la sesión. Su presencia no es obligatoria de forma permanente: se contactará y coordinará previamente su disponibilidad para ese día y horario, según las necesidades del alumno/a.

Nombre y apellidos		**Cargo / función**	
Centro educativo		**Teléfono de contacto**	
Correo electrónico		**Disponibilidad si se solicita apoyo**	☐ Sí ☐ Pendiente de confirmar

☐ Persona aún no designada. Se facilitarán sus datos cuando el centro la confirme.

La cumplimentación de este apartado identifica una persona de referencia y permite coordinar con antelación un posible apoyo. No implica que deba permanecer durante toda la actividad.

CONTROL INTERNO · USO EXCLUSIVO DE LA ASOCIACIÓN			
Fecha de recepción		**N.º interno de expediente**	
Empadronamiento comprobado	☐ Sí ☐ No	**Revisado por**	

Documentación recibida: ☐ ficha firmada ☐ padrón ☐ autorizaciones ☐ datos escolares ☐ persona de referencia, si procede ☐ anexo de salud separado, si procede.

DECLARACIÓN FINAL Y FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Nombre y apellidos		**DNI / NIE**
Firma		**Fecha**