

CONCELLO DE CARBALLEDA DE AVIA

AUTORIZACIÓN SERVICIOS DE CONCILIACIÓN 2026/2027

CONCILIA INTERXERACIONAL · CONCILIA MADRUGADORES

1. DATOS DO/A MENOR

Nome _____ e _____ apelidos: _____

Data de nacemento: _____ Idade: _____ anos

2. DATOS DA PERSOA PROXENITORA / TITOR/A

Nome _____ e _____ apelidos _____ (pai/nai/titor/a _____ legal): _____

DNI/NIE: _____

Teléfono de contacto: _____

3. AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN NO CONCILIA INTERXERACIONAL

AUTORIZO a súa participación no **Programa de Conciliación Interxeracional do Concello de Carballada de Avia durante o curso 2026/2027.**

Previsión de asistencia

Marque a opción correspondente:

☐ Todos os días

☐ Días concretos: _____

Hora aproximada de recollida: _____

A información relativa aos días e horarios de asistencia ten carácter organizativo interno e permitirá planificar adecuadamente o servizo. A persoa asinante declara coñecer as normas de funcionamento do servizo, comprométese a cumprilas e acepta as condicións establecidas.

4. AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN NO CONCILIA MADRUGADORES

AUTORIZO a súa participación no **Programa de Conciliación Madrugadores do Concello de Carballada de Avia durante o curso 2026/2027.**

Previsión de asistencia

☐ Todos os días☐ Días concretos: _____

A información relativa aos días de asistencia ten carácter organizativo interno e permitirá planificar adecuadamente o servizo. A persoa asinante declara coñecer as normas de funcionamento do servizo, comprométese a cumprilas e acepta as condicións establecidas.

5. AUTORIZACIÓN DE RECOLLIDA E SAÍDA DO/A MENOR

Persoas autorizadas para a recollida

Autorizo as seguintes persoas para recoller o/a menor do Servizo de Conciliación Interxeracional ao remate das actividades ou na hora previamente estipulada:

Nº	Nome e apelidos	Teléfono de contacto
1	_____	_____
	_____	_____
2	_____	_____
	_____	_____
3	_____	_____
	_____	_____
4	_____	_____
	_____	_____

Saída autónoma do/a menor

Autorizo que o/a menor poida saír e regresar só/a ao domicilio:

☐ SI☐ NON

Esta autorización será aplicable exclusivamente cando a idade e as circunstancias do/a menor permitan a saída autónoma, e de acordo coas normas de funcionamento do servizo.

6. AUTORIZACIÓN PARA O USO DE IMAXE

En relación coas fotografías e vídeos que poidan ser captados durante a participación dos nenos e nenas nas actividades, xogos, saídas e excursións do **Programa de Conciliación Interxeracional**, e coa finalidade de difundir e dar a coñecer o servizo prestado polo Concello, incluíndo a súa publicación na web municipal, redes sociais, prensa ou outros medios de difusión institucional:

AUTORIZO:☐ **SI, autorizo** o uso e difusión da imaxe do/a menor nos termos indicados.

☐ **NON autorizo** o uso e difusión da imaxe do/a menor.

7. FICHA MÉDICA DO/A PARTICIPANTE

A persoa asinante, na súa condición de pai/nai/titor/a legal do/a menor, declara que a información facilitada nesta ficha é correcta e suficiente para que o persoal responsable do servizo poida coñecer aquelas circunstancias que deban terse en conta durante a participación nas actividades.

Datos médicos relevantes

O/A menor presenta algunha patoloxía, alerxia, intolerancia ou necesidade especial?

☐ NON

☐ SI

En caso afirmativo, indique cal/es:

1. Alerxias ou intolerancias

2. Enfermidades infectocontaxiosas ou outras circunstancias médicas relevantes

3. Precisa tratamento farmacolóxico?

☐ NON

☐ SI

En caso afirmativo, indique a medicación e a pauta de administración:

4. Precisa axudas técnicas ou adaptacións especiais para o desenvolvemento das actividades?

☐ NON

☐ SI

Especifique:



5. Outras observacións que considere relevantes

8. PERSOAS DE CONTACTO EN CASO DE URXENCIA

Cubrir unicamente se as persoas de contacto son diferentes das que figuran nos apartados anteriores.

1. Nome e apelidos: _____

Teléfono: _____

2. Nome e apelidos: _____

Teléfono: _____

3. Nome e apelidos: _____

Teléfono: _____

4. Nome e apelidos: _____

Teléfono: _____

9. DECLARACIÓN E ACEPTACIÓN

A persoa asinante declara que:

- A información facilitada nesta ficha é veraz e está actualizada.
- Coñece as normas de funcionamento dos Servizos de Conciliación.
- Comprométese a cumprir e facer cumprir ao/á menor as normas establecidas.
- Coñece que a incorporación ao servizo deberá ser previamente formalizada mediante a correspondente inscrición.
- Comunicarase ao persoal responsable calquera cambio relevante na información facilitada nesta ficha.

En Carballeda de Avia, a _____ de _____ de 2026.

Sinatura do pai/nai/titor/a legal:

NORMAS DOS SERVIZOS DE CONCILIACIÓN

CONCILIA INTERXERACIONAL E CONCILIA MADRUGADORES

1. CRITERIOS DE PREFERENCIA

Para a selección dos/as participantes de entre **3 e 12 anos**, no caso de superar o número de prazas ofertadas, terán preferencia, segundo os criterios establecidos:

a) Mulleres vítimas de violencia de xénero en todas as súas manifestacións, así como familias monomarentais e monoparentais, entre outras situacións familiares.

b) Nivel de renda familiar.

c) Que o/a menor sexa alumno/a do **CEIP Pena Corneira**.

Estes criterios baséanse nos establecidos no artigo 6 da normativa reguladora das subvencións ás entidades locais da Comunidade Autónoma de Galicia para a promoción da igualdade.

2. INSCRICIÓN PREVIA E OBRIGATORIA

Para ser beneficiario/a de calquera dos servizos de conciliación —**Concilia Madrugadores, servizo de almuerzo ou Concilia Interxeracional**— será obrigatoria a inscrición previa.

NON SE ADMITIRÁN MENORES QUE NON ESTEAN PREVIAMENTE INSCRITOS/AS NO SERVIZO.

3. PUNTUALIDADE

As persoas encargadas de levar e recoller os/as menores deberán ser **puntuais**, especialmente no horario de recollida do **Concilia Interxeracional**.

4. DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

Os/as menores **non poderán levar ás actividades teléfonos móbiles, tablets, consolas nin ningún outro dispositivo electrónico**, agás aqueles que formen parte do material pedagóxico ou sexan expresamente autorizados polo persoal responsable.

5. ROUPA E MATERIAL

Recoméndase que os/as menores acudan ás actividades con **roupa e calzado cómodo**, así como coa súa merenda cando corresponda.

6. PERSOAS AUTORIZADAS PARA A RECOLLIDA

A persoa encargada de recoller o/a menor deberá figurar obrigatoriamente na **relación de persoas autorizadas** incluída nesta inscrición.

Non se permitirá a saída do/a menor con persoas que non figuren previamente autorizadas.

7. ACCESO DAS FAMILIAS

Por motivos de seguridade e para garantir o correcto desenvolvemento das actividades, **non se permite a entrada das familias nos espazos destinados aos servizos de conciliación**, salvo autorización expresa do persoal responsable.

8. FALTAS DE ASISTENCIA

A falta inustificada de asistencia do/a menor durante un período superior a **3 días** poderá supoñer a perda da praza.

No caso de existir lista de espera, a praza poderá ser asignada ao/á seguinte participante da lista.

9. NORMAS DE CONVIVENCIA

Os Servizos de Conciliación contarán con normas internas e recomendacións destinadas a garantir unha boa convivencia entre os/as menores.

Entre outras, deberán respectarse as seguintes normas básicas:

- Respetar aos compañeiros/as e ao persoal responsable.
 - Non insultar, ameazar nin agredir física ou verbalmente.
 - Respetar o material e as instalacións.
 - Seguir as indicacións das monitoras e do persoal responsable.
 - Cumprir as normas establecidas para cada actividade.
-

10. AVISO DE AUSENCIA

No caso de que o/a menor non vaia acudir ao servizo, será **obrigatorio comunicar a ausencia cunha antelación mínima de 24 horas ás monitoras correspondentes**, dentro do horario de funcionamento do servizo.

Esta comunicación é necesaria para contribuír á correcta organización e funcionamento do programa.

11. INCORPORACIÓN AO CONCILIA INTERXERACIONAL

Non se permitirá que o/a menor decida por si mesmo/a, no mesmo día, a súa incorporación ou permanencia no Servizo de Conciliación Interxeracional.

A asistencia deberá estar previamente comunicada e organizada pola familia ou persoa responsable.

INCUMPRIMENTO DAS NORMAS

O incumprimento reiterado das normas básicas de convivencia e funcionamento poderá dar lugar a **amonestacións**.

A reiteración destas condutas poderá supoñer a **perda da praza e/ou expulsión do servizo de conciliación correspondente**, de acordo coas circunstancias do caso.

PERSOAL DE CONTACTO

Para calquera **dúbida, suxestión, consulta ou queixa** relacionada cos Servizos de Conciliación, poderá contactar co:

CENTRO DE INFORMACIÓN Á MULLER (CIM)

Teléfono: 988 487 000

Correo electrónico: cimcarballeda@gmail.com

Unha vez iniciada a actividade, facilitaranse, se procede, outros teléfonos de contacto directo co persoal responsable dos servizos.

DECLARACIÓN DE COÑECEMENTO E ACEPACIÓN DAS NORMAS

D./Dª

pai/nai/titor/a legal do/a menor _____,

DECLARO:

Que lin e coñezo as normas de funcionamento dos Servizos de Conciliación **Concilia Interxeracional e Concilia Madrugadores 2026/2027**, que recibín información sobre o seu funcionamento e que **acepto e me comprometo a cumprir as normas establecidas**.

En Carballeda de Avia, a _____ de _____ de 2026.

Sinatura:
