

**DATOS DA/O NENA/O SOLICITANTE:**

APELIDOS
NOME
DATA DE NACEMENTO
ENDEREZO
LOCALIDADE
PERÍODO DE ASISTENCIA
HORARIO DE ASISTENCIA: de ___ - ___ a ___ - ___ horas

**DATOS DO REPRESENTANTE DA/O NENA/O:**

NOME E APELIDOS
DNI
RELACIÓN CO/A MENOR (nai, pai, titora/titor)
TELÉFONO (indicar máis de 1 contacto e a quen pertence)
ENDEREZO ELECTRÓNICO

**DATOS ADICIONAIS**

¿ESTÁ AO DÍA NO CALENDARIO DE VACINACIÓN?
¿ALERXIAS E/OU INTOLERANCIAS?
OUTROS ASPECTOS A TER EN CONTA E/OU APOIOS NECESARIOS

Cabanas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Sinatura:
-----------

### **Autorizacións para a participación da nena ou neno**

Dª/D \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ como (nai, pai, titora/titor) \_\_\_\_\_  
da/o nena/o solicitante (sinalar cunha cruz):

- Autorizo** a asistencia da/o nena/o ao campamento e acepto as normas de funcionamento de Cabanas Concilia.
- Declaro** baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados nesta solicitude son certos.
- Autorizo** ao Concello de Cabanas a realizar fotografías para o seu uso no desenvolvemento do campamento ou para a difusión do mesmo.
- Podo ser informada/o** desde o Concello de Cabanas acerca de actividades sociocomunitarias que poidan ser do meu interese (actividades extraescolares ou culturais, obradoiros para mocidade, actividades para familias...):
  - A través de Whatsapp
  - A través do correo electrónico

Cabanas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Sinatura:

**A omisión ou falsidade dos datos ou dos documentos achegados no momento da inscrición poderán ser causa de anulación da mesma. O uso dos seus datos persoais son única e exclusivamente para a relación que se derive da participación nesta actividade, podendo rectificar ou cancelar este dereito en calquera momento.**