

DATOS DA/O NENA/O SOLICITANTE:

APELIDOS
NOME
DATA DE NACEMENTO
ENDEREZO
LOCALIDADE
PERÍODOS DE ASISTENCIA POR ORDE DE PREFERENCIA: (Especificar 1ª/ 2ª quincena ou mes completo de xullo e/ou agosto) 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____ Nº de quendas que solicita (sinale cunha cruz): <input type="checkbox"/> 1 quenda <input type="checkbox"/> 2 quendas, no caso de que haxa praza
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 (necesidades de conciliación familiar, apoios para as crianzas, adaptacións das actividades, etc.):

Cabanas, ____ de _____ de 2024

Sinatura:

Autorizacións para a participación da nena ou neno

EU _____
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 2024

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 rectificarse ou cancelarse este dereito en calquera momento.