

## SERVIZO AMENCER NA ESCOLA

### FICHA DE SOLICITUDE 2024/2025

#### NENA/O PARTICIPANTE

Nome e apelidos			
Data de nacemento		Curso	
Empadroada/o no Concello de Cabanas	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

#### PERSOA SOLICITANTE (representante legal da/o nena/o participante)

Nome e apelidos			
DNI		Relación ca/o nena/o (pai, nai ou titor/a)	
Enderezo			
Teléfonos			
Enderezo electrónico			

#### DATOS ADICIONAIS

Intolerancias, alerxias ou outros factores que poidan influír no desenvolvemento do servizo	
Outros aspectos que poidan ser de interese	

#### MODALIDADE DO SERVIZO

DÍAS DE SERVIZO (Especificar os días de uso do servizo no caso de non escoller a modalidade de "5 días/semana")	CON ALMORZO (sinalar cunha cruz)	SEN ALMORZO (sinalar cunha cruz)
4-5 días/semana	(30€)	(21€)
1-3 días/semana	(15€)	(10€)
Días soltos	(3€)	(2,50€)

**HORA DE ENTRADA:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ **DÍA DE COMEZO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Da/D \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ como titora/titora legal da/o nena/o para  
a que solicito o Servizo Amencer na Escola:

(sinalar cunha cruz)

- Autorizo a asistencia da/o nena/o ás actividades do Servizo Amencer na Escola.
- Coñezo e acepto o funcionamento do servizo.
- Declaro baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados neste documento son certos.
- Podo ser informada/o desde o Concello de Cabanas acerca de actividades sociocomunitarias que poidan ser do meu interese (por exemplo: actividades extraescolares ou culturais, obradoiros para mocidade, campamentos de verán, actividades para familias...).
- NO CASO DE QUE O NÚMERO DE CONTA BANCARIA SEXA O MESMO QUE O DO CURSO PASADO, DOU O MEU CONSENTIMENTO PARA QUE SE CARGUEN OS RECIBOS DO SERVIZO NA DEVANDITA CONTA.
- 

Cabanas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

SINATURA

--