



PEQUECHEF 2017

INSCRIPCIÓN

1.DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

N.I.F.:

APELLIDOS:		NOMBRE:	
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		C.P.:	
EMAIL:		TELEFONO:	

2.DATOS DEL NIÑO/A

APELLIDOS:		NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:			
Empadronado/a en el Ayuntamiento de Cabezón de la Sal <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

DATOS RELEVANTES DE SALUD

Alergias o intolerancias alimentarias

3. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO

Serán 4 grupos diferentes a la semana.
Escojer hora y día de asistencia (1 SOLA OPCIÓN DE LAS 4):

- MIÉRCOLES DE 17:00 A 18:30 HORAS
- MIÉRCOLES DE 19:00 A 20:30 HORAS
- JUEVES DE 17:00 A 18:30 HORAS
- JUEVES DE 19:00 A 20:30 HORAS

7 SESIONES:

OCTUBRE: 25 ó 26
NOVIEMBRE: 8 ó 9 / 15 ó 16 / 22 ó 23 / 29 ó 30
DICIEMBRE: 13 ó 14 / 20 ó 21

Como padre, madre o tutor/a manifiesto mi compromiso de utilizar el Servicio por el periodo de tiempo elegido y acepto las condiciones de participación.

Con mi firma **AUTORIZO** al Ayuntamiento de Cabezón de la Sal a facilitar los siguientes datos del/la menor a la Compañía Aseguradora de la actividad: NOMBRE Y APELLIDOS / AÑO DE NACIMIENTO / PERIODO SOLICITADO.

Lo que firmo en Cabezón de la Sal a.....de octubre de 2017

Fdo.:.....