



SEMANA DE HALLOWEEN 2017

30 y 31 octubre 2 y 3 noviembre

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

¿Toma medicación?, SÍ NO en caso afirmativo indique el motivo

¿Tiene algún problema de salud que le condicione la realización de actividades físicas? ¿Cual, qué actividades?

Alergias o intolerancias (alimentos, medicinas,...)

DATOS DE CONDUCTA

Indicar aquellos aspectos de la conducta de su hijo/a que necesitemos conocer para favorecer unas óptimas relaciones sociales con sus compañeros y compañeras

3. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO

Indicar el periodo exacto de asistencia del niño/a a las actividades de HALLOWEEN:

LUNES 30 MARTES 31 JUEVES 2 VIERNES 3

Horarios de entrada y salida:

- Servicio madrugadores de 8 a 9 de la mañana (indicar hora exacta de entrada):
- Entrada de 9 a 10 horas (indicar hora exacta de llegada)
- Salida de 13 a 14 horas (indicar hora exacta de salida)

La actividad propiamente dicha será de 10 a 13 horas. A las 10 se cierran las puertas.

Persona encargada de recoger al niño/a:

(Avisar directamente al monitor/a responsable de la persona que recogerá al niño/a en caso de cambio)

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.:.....