

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL ESPACIO DE CONCILIACIÓN DÍAS SIN COLE

**DATOS A COMPLETAR
POR LA ADMINISTRACIÓN**

PAGADO

GRUPO ASIGNADO

Nº INSCRIPCIÓN

1. DATOS DEL NIÑO/A PARTICIPANTE EN LA ACTIVIDAD:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ EDAD: _____ CURSO: _____

EMPADRONADO / EMPADRONADA: SI ___ NO ___ VINCULACIÓN CON EL MUNICIPIO: SI ___ NO ___

ESPECIFICAR EL VÍNCULO _____

ALERGIAS: SI ___ NO ___ CUAL _____

ENFERMEDADES: SI ___ NO ___ CUAL _____ MEDICACIÓN: SI ___ NO ___ CUAL _____

OBSERVACIONES: _____

2. DATOS PADRE / MADRE/ TUTOR LEGAL / TUTORA LEGAL:

NOMBRE PADRE / TUTOR: _____ DNI: _____ TLF: _____

NOMBRE MADRE / TUTORA: _____ DNI: _____ TLF: _____

EMAIL DE CONTACTO (OBLIGATORIO): _____

PERSONA AUTORIZADA A LA RECOGIDA: _____

TLFS EN CASO DE EMERGENCIA (INDICAR MÁS DE UNO, SI ES POSIBLE) _____

3. SOLICITO LA INSCRIPCIÓN EN EL ESPACIO DE CONCILIACIÓN DÍAS SIN COLE:

20 Febrero

21 Febrero-

4. SOLICITO EL SERVICIO DE ACOGIDA Y /O AMPLIACIÓN DE LA ACTIVIDAD: SI ___ NO ___

Entrada a: _____

Salida a: _____ -

Necesidad de conciliación laboral: SI ___ NO ___

A realizar las actividades mencionadas en las instalaciones descritas anteriormente. Igualmente, como padre, madre o tutor, autorizo al inscrito a participar en cuantas actividades se organice durante el transcurso del espacio de conciliación, tomar fotografías y asumo y me responsabilizo que el estado de salud es apto para la práctica de las actividades propuestas.

En Marchamalo, a _____ de febrero de 2023

FIRMADO: _____ DNI: _____



RESGUARDO DE INSCRIPCIÓN EN EL ESPACIO DE CONCILIACIÓN DÍAS SIN COLE

**DATOS A COMPLETAR
POR LA ADMINISTRACIÓN**

PAGADO

FECHA DE ENTREGA

Nº INSCRIPCIÓN