

INSCRIPCIÓN SUMMER CAMP

DATOS DEL NIÑO/A:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN : _____

DATOS DE LOS PADRES:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: _____

TELÉFONO MÓVIL DEL PADRE: _____

TELÉFONO MÓVIL DE LA MADRE: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

MARQUE CON UNA X LA QUINCENA O QUINCENAS DEL CAMPAMENTO QUE ASISTIRÁ EL NIÑO O NIÑA.

PRIMERA QUINCENA DE JULIO _____

SEGUNDA QUINCENA DE JULIO _____

PRIMERA QUINCENA DE AGOSTO _____

SEGUNDA QUINCENA DE AGOSTO _____

DATOS IMPORTANTES DEL NIÑO/A

A) ALERGIAS (Especificar tipo): _____

B)SIGUE ALGÚN TIPO ESPECIAL DE TRATAMIENTO O MEDICACIÓN : _____

AUTORIZACIÓN

D/Doña. _____, como tutor/a legal con DNI _____ autorizo a mi hijo/a-

_____ a participar en la escuela de verano Summer Camp organizado por el Ayuntamiento de Villa de don Fadrique.

SI: _____

NO: _____

Facilito mi consentimiento para tomar fotografías para la web del ayuntamiento.

SI: _____

NO: _____

FIRMA