



XUNTA DE GALICIA

VICEPRESIDENCIA E CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA,
ADMINISTRACIÓN PÚBLICAS E XUSTIZA
Secretaría Xeral da Igualdade



Concello
As Neves

ANEXO I – SOLICITUDE DE PRAZA EN ESCOLA DE VERÁN

DATOS DA/O SOLICITANTE

- * Nome e apelidos:
- * DNI/NIF/NIE:
- * Data de nacemento:
- * Teléfono:
- * Estado civil:
- * Número de membros da unidade familiar:
- * Número de membros da unidade familiar con discapacidade:

DATOS DA/O MENOR PARTICIPANTE

- * Nome e apelidos:
- * DNI/NIF/NIE:
- * Data de nacemento:
- * Parentesco:
- * Idade:
- * Necesidades especiais:

QUENDA SOLICITADA

De escolles as dúas quendas, marcar a preferencia, o que non significa que lle sexan adxudicadas as dúas

Do 2 ao 31 de Xullo

Do 1 ao 31 de Agosto

Eu, a/o solicitante, DECLARO baixo a miña responsabilidade ser certos e comprobables todos e cada un dos datos consignados na presente solicitude, así como os seguintes:

- * Que autorizo expresamente ao Concello das Neves, para recadar calquera tipo de información que poida obrar no seu poder ou soliciatlo a outras administracións.
- * Que acepta todos os requisitos establecidos na presente convocatoria.

As Neves, a __ de xuño de 2018

Asdo:



XUNTA DE GALICIA

VICEPRESIDENCIA E CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA,
ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA
Secretaría Xeral da Igualdade



Concello

As Neves

ANEXO II – FICHA DO MENOR PARTICIPANTE NA ESCOLA DE VERÁN

DATOS DA/O MENOR PARTICIPANTE:

- * Nome e apelidos:
- * Dni/Nif/Nie:
- * Data de nacemento:
- * Parentesco:
- * Idade:
- * Domicilio
- * Necesidades educativas especiais:

PREGUNTAS:

* ¿Padeceu ou padece algunha enfermidade ou defecto físico importante? SI NON

En caso afirmativo, indicar:

* ¿Ten algún tipo de alerxia? SI NON

En caso afirmativo, indicar:

* ¿Atópase actualmente en tratamento? SI NON

En caso afirmativo, indicar:

CONTACTOS EN CASO DE URXENCIA, no desenrolo da actividade avisar a:

- | | |
|--------------------|-------------|
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: |
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: |
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: |
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: |

PERSOAS AUTORIZADAS NA RECOLLIDA:

- | | | |
|--------------------|-------------|--------|
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: | * DNI: |
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: | * DNI: |
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: | * DNI: |
| * Nome e apelidos: | * Teléfono: | * DNI: |

Autoriza a seu fill@ obxecto da presente inscrición a asistir as actividades de referencia de acordo coas condicións que se establecen na convocatoria e a que a organización capte a súa imaxe, con destino exclusivo a ilustrar a memoria e/ou resumo da propia actividade.

As Neves, a __ de xuño de 2018

Asdo.