

CAMPUS DE NAVIDAD 2024-2025

DATOS FAMILIARES:

NOMBRE DE LA MADRE/PADRE/TUTOR:

D.N.I N°

DIRECCIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO:

DATOS DEL MENOR:

MARCAR SI/NO

CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO EN VILLA DE MAZO

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

NOMBRE:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

D.N.I N°

CURSO ESCOLAR:

OBSERVACIONES: Hacer constar si el menor tiene algún tipo de afección física (cardiopatías, minusvalías, propensos a insolaciones, picaduras de insectos, etc), alimentaria (alergias, celíacos, intolerancia a algún alimento, etc), a medicamentos o cualquier otra. Si no la tiene, debe indicarlo también.

AUTORIZO A MI HIJO/A QUE ASISTA A LA ACTIVIDAD DEL CAMPUS DE NAVIDAD ORGANIZADO POR EL AYUNTAMIENTO DE VILLA DE MAZO DURANTE EL MES DE....., DE LUNES A VIERNES A CELEBRAR EN....., EN HORARIO DE 07:30 H. A 15:30 H. Y QUE SEA FOTOGRAFÍADO POR LOS MONITORES DENTRO DE LAS ACTIVIDADES PARA OBSEQUIARLES CON ALGUNA FOTO DE RECUERDO.

VILLA DE MAZO,.....DE DE 2024
FIRMADO