

FOLLA DE INSCRIPCIÓN * (asinar a o final do documento)

DATOS DA PERSOA RESPONSABLE [na is, pais, titores/as legais, persoas a colledoras]	
NOME E APELIDOS/ RAZÓN SOCIAL:	RELACIÓN COA PERSOA QUE PARTICIPA NOS CONCILIA:
DNI- NIF/ CIF/ NIE:	DATA DE NACEMENTO:
TELÉFONO/S:	CORREO ELEC TRÓNICO:
DECLARO E XUSTIFICO NECESIDADE DE CONCILIAR	
POR MOTIVOS LABORAIS/FORMATIVOS: [marcar con un "X"] (Xustificar con certificado propio de centro de traballo / formativo, ou con ANEXO II): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non	
POR COIDADO A OUTRAS PERSOAS CON GRADO III DE DEPENDENCIA: [marcar con un "X"] (Xustificar con certificado de convivencia + Resolución Dependencia Grado III) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non	

1º PARTICIPANTE: DATOS DA/S PERSOA/S QUE PARTICIPARÁ/N NO CONCILIA	
NOME E APELIDOS/ RAZÓN SOCIAL:	
DNI- NIF/ CIF/ NIE:	DATA DE NACEMENTO:
ENDEREZO:	CONCELLO:
AUTORIZO A: [marcar con un "X" para autorizar]	
<input type="checkbox"/> A comprobación dos datos necesarios de cara ó cumprimento dos requisitos establecidos na convocatoria. <input type="checkbox"/> A utilización dos datos persoais para posteriores comunicacións , podendo exercitar o dereito de acceso, rectificación, cancelación ou oposición ó tratamento dos mesmos conforme ó previsto na Lei Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Persoal e Garantía dos Dereitos Dixita is <input type="checkbox"/> A utilización de imaxes desta actividade para promoción da mesma en prensa, páxinas web e publicacións municipais. <input type="checkbox"/> As decisións médico-cirúrxicas que fose necesario adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a dirección facultativa pertinente.	
HORAS DE ENTREGA E RECOLLIDA	
HORA DE CHEGADA (indicar hora entre 7:30h e 9:00h)	
HORA DE RECOLLIDA (indicar hora entre 14:00 e 15:00h)	
DATOS DAS PERSOAS QUE AUTORIZO A RECOLLER Á/ AO MENOR PARTICIPANTE	
1. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
2. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
3. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
4. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
5. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
DATOS DE SAÚDE (Intolerancias/ alerxias e/ou necesidades de apoio especial) IMPRESCINDIBLE ADXUNTAR INFORME MÉDICO	
INTOLERANCIA/ S, ALERXIA/ S, E/ OU NECESIDADE DE APOIO ESPECIAL DA PERSOA PARTICIPANTE:	MEDIDAS QUE SEXAN NECESARIAS TOMAR:

2º PARTICIPANTE: DATOS DA/S PERSOA/S QUE PARTICIPARÁ/N NO CONCILIA	
NOME E APELIDOS/ RAZÓN SOCIAL:	
DNI- NIF/ CIF/ NIE:	DATA DE NACEMENTO:
ENDEREZO:	CONCELLO:
AUTORIZO A: [marcar con un "X" para autorizar]	
<input type="checkbox"/> A comprobación dos datos necesarios de cara ó cumprimento dos requisitos establecidos na convocatoria. A utilización dos datos persoais para posteriores comunicacións , podendo exercitar o dereito de acceso, rectificación, cancelación ou oposición ó tratamento dos mesmos conforme ó previsto na Lei Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Persoal e Garantía dos Dereitos Dixitaís <input type="checkbox"/> A utilización de imaxes desta actividade para promoción da mesma en prensa, páxinas web e publicacións municipais. <input type="checkbox"/> As decisións médico- cirúrxicas que fose necesario adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a dirección facultativa pertinente.	
HORAS DE ENTREGA E RECOLLIDA	
HORA DE CHEGADA (indicar hora entre 7:30h e 9:00h)	
HORA DE RECOLLIDA (indicar hora entre 14:00 e 15:00h)	
DATOS DAS PERSOAS QUE AUTORIZO A RECOLLER Á/ AO MENOR PARTICIPANTE	
1. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
2. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
3. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
4. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
5. NOME E APELIDOS:	DNI- NIF/ CIF/ NIE:
DATOS DESAÚDE (Intolerancias/ alerxias e/ou necesidades de apoio especial) IMPRESCINDIBLE ADXUNTAR INFORME MÉDICO	
INTOLERANCIA/ S, ALERXIA/ S, E/ OU NECESIDADE DE APOIO ESPECIAL DA PERSOA PARTICIPANTE:	MEDIDAS QUE SEXAN NECESARIAS TOMAR:

3º PARTICIPANTE: DATOS DA/S PERSOA/S QUE PARTICIPARÁ/N NO CONCILIA

NOME E APELIDOS/ RAZÓN SOCIAL:

DNI- NIF/ CIF/ NIE:

DATA DE NACEMENTO:

ENDEREZO:

CONCELLO:

AUTORIZO A: [marcar con un "X" para autorizar]

- A comprobación dos datos** necesarios de cara ó cumprimento dos requisitos establecidos na convocatoria.
- A utilización dos datos persoais para posteriores comunicacións**, podendo exercitar o dereito de acceso, rectificación, cancelación ou oposición ó tratamento dos mesmos conforme ó previsto na Lei Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Persoal e Garantía dos Dereitos Dixitaís
- A utilización de imaxes** desta actividade para promoción da mesma en prensa, páxinas web e publicacións municipais.
- As decisións médico-cirúrxicas que fose necesario adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a dirección facultativa pertinente.

HORAS DE ENTREGA E RECOLLIDA

HORA DE CHEGADA (indicar hora entre 7:30h e 9:00h)

HORA DE RECOLLIDA (indicar hora entre 14:00 e 15:00h)

DATOS DAS PERSOAS QUE AUTORIZO A RECOLLER Á/ AO MENOR PARTICIPANTE

1. NOME E APELIDOS:

DNI- NIF/ CIF/ NIE:

2. NOME E APELIDOS:

DNI- NIF/ CIF/ NIE:

3. NOME E APELIDOS:

DNI- NIF/ CIF/ NIE:

4. NOME E APELIDOS:

DNI- NIF/ CIF/ NIE:

5. NOME E APELIDOS:

DNI- NIF/ CIF/ NIE:

DATOS DESAÚDE (Intolerancias/ alerxias e/ou necesidades de apoio especial) IMPRESCINDIBLE ADXUNTAR INFORME MÉDICO

INTOLERANCIA/S, ALERXIA/S, E/ OU NECESIDADE DE APOIO ESPECIAL DA PERSOA PARTICIPANTE:

MEDIDAS QUE SEXAN NECESARIAS TOMAR:

En _____, a ____ de _____ de 202__

Sinatura (nai, pai, titor/a legal)