

ANEXO I - FOLLA DE INSCRICIÓN

Concilia Antroido 2025 (Asinar únicamente ao final do anexo)

DATOS DA PERSOA RESPONSABLE (pai, nai, titores...)			
NOME E APELIDOS:		PARENTESCO:	
DNI:	DOMICILIO:		
TELÉFONO/S:		CORREO ELECTRÓNICO:	
NECESIDADE DE CONCILIAR:			
POR MOTIVOS LABORAIS OU DE FORMACIÓN: acreditarase coa presentación do Anexo II cumplimentado, asinado e selado pola empresa, ou con certificado da propia empresa que conteña os mesmos datos solicitado no Anexo II. Só se obterá prioridade si se acredita a necesidade de conciliar de ambos proxenitores ou representantes legais			SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
POR COIDADADO DE PERSOAS DEPENDENTES EN GRADO 3 OU MENORES DE 3 ANOS: acreditarase mediante presentación de certificado de dependencia en grado 3, libro de familia e certificado de convivencia			SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

DATOS DA/S PERSOA/S QUE PARTICIPARÁ/N NA ACTIVIDADE		
1º PARTICIPANTE		
NOME E APELIDOS:		DATA NACEMENTO:
DNI:	HORA ENTRADA (8:00 a 9:00):	HORA RECOLLIDA (14:00 a 15:00):
DATOS RELEVANTES DE SAÚDE (alergias, intolerancias...) Imprescindible informe médico		
2º PARTICIPANTE		
NOME E APELIDOS:		DATA NACEMENTO:
DNI:	HORA ENTRADA (8:00 a 9:00):	HORA RECOLLIDA (14:00 a 15:00):
DATOS RELEVANTES DE SAÚDE (alergias, intolerancias...) Imprescindible informe médico		

3º PARTICIPANTE

NOME E APELIDOS:		DATA NACEMENTO:
DNI:	HORA ENTRADA (8:00 a 9:00):	HORA RECOLLIDA (14:00 a 15:00):
DATOS RELEVANTES DE SAÚDE (alergias, intolerancias...).		
Imprescindible informe médico		

AUTORIZACIÓN

<input type="checkbox"/>	AUTORIZO a comprobación dos datos necesarios para verificar o cumprimento dos requisitos establecidos nas bases da convocatoria.
<input type="checkbox"/>	AUTORIZO a utilización dos datos persoais para posteriores comunicacións, podendo exercitar o dereito de acceso, rectificación, cancelación ou oposición ao tratamento dos mesmos, conforme ao previsto na Lei Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter persoal e Garantía dos Dereitos Dixitais.
<input type="checkbox"/>	AUTORIZO a utilización de imaxes obtidas no desenvolvemento desta actividade para a promoción da mesma en prensa, páxinas web e publicacións municipais.

PERSOAS ÁS QUE SE AUTORIZA A RECOLLIDA DOS MENORES PARTICIPANTES:

NOME E APELIDOS:	DNI:
NOME E APELIDOS:	DNI:
NOME E APELIDOS:	DNI:
NOME E APELIDOS:	DNI:
NOME E APELIDOS:	DNI:

OUTROS DATOS DE INTERÉS (si houberse)

--

Brión, a ____ de febreiro de 2025

Sinatura da persoa solicitante