|  |  |
| --- | --- |
|  **CONCELLO DE BOQUEIXÓN** | Forte s/n **– Boqueixón**Teléfono: **981- 51 3115**Fax: **981- 51 3000**C.I.F.: **P-1501200-H**C. electr: **cultura@boqueixon.com** |

SOLICITUDE DE PARTICIPACIÓN CReA

1. **DATOS DO/A MENOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e apelidos | Data de nacemento |
| Sabe nadar |  | SI |  | NON |
| Conciliación |  | 08:00 a 09:00 horas  |  | 14:00 a 15:00 horas |
|  | Está interesada/do no servizo de comedor. Horario de recollida ata ás 15:30 horas. Si existise grupo mínimo. |
| Observacións  |

1. **DATOS DO/A PROXENITOR/A TITOR/A LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e apelidos | DNI |
| Teléfono de contacto 1 | Teléfono de contacto 2 |
| E-mail | Enderezo  |

1. **AUTORIZACIÓNS**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **AUTORIZO** ao Concello de Boqueixón a ceder os datos do/a neno/a á empresa de monitores correspondente para a correcta organización do servizo. |
|  | **AUTORIZO** ao meu fillo/a a participar nas saídas programadas fóra das instalacións das actividades. |
|  | **AUTORIZO** á empresa que organiza as actividades aos diferentes traslados organizados. |
|  | **AUTORIZO** ao traslado ante unha emerxencia. |

Boqueixón a de xuño de 2024

Asdo.