|  |  |
| --- | --- |
| **CONCELLO DE BOQUEIXÓN**  (A CORUÑA) | Forte s/n **– Boqueixón**  Teléfono: **981- 51 30 52**  Fax: **981- 51 30 00**  C.I.F.: **P-1501200-H**  C. electr.: [correo@boqueixon.dicoruna.es](mailto:correo@boqueixon.dicoruna.es)  WEB: **www.boqueixon.com** |

**FICHA DE INSCRICIÓN ACTIVIDADE DE IOGA 2025-2026**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e apelidos:** | | |
| **DNI:** | | **Teléfono/s:** |
| **Enderezo:** | **Empadroada/-o en Boqueixón SI NON** | |
| **Mes de comezo: Observacións: Coñecementos previos SI NON** | | |
| **Conta bancaria para domiciliar o pago** (só en caso de cambio de conta ou novas incorporacións)  **Entidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nº Conta: ES\_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_** | | |
| AUTORIZA NON AUTORIZA  Ao Concello de Boqueixón para que realice a captación de fotografías, gravación de imaxes e/o rexistro de son da actividade organizada polo concello, ben a título individual ou formando parte dun grupo (\*).  AUTORIZA NON AUTORIZA a incluír os meus datos no grupo de whatsapp da/s actividade/s.      DECLARA que non padece ningunha enfermidade que lle impida o desenvolvemento da actividade solicitada. | | |
| **En Boqueixón a de de 2025**  **Asdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |