|  |  |
| --- | --- |
| **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.