



## INSCRIPCIÓN ESCUELA DE VERANO 2018

### Datos del alumno/a:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso escolar: \_\_\_\_\_

Domicilio del alumno/a: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

### Nombre y Apellidos del padre, madre o tutor:

\_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### HORARIOS Y FECHAS

Elija la opción que desee:

OPCIÓN 1: De 9:00 a 14:00  OPCIÓN 2: De 8:00 a 14:00

SEMANA 1: Del 25 al 29 de junio

SEMANA 2: Del 2 al 6 de Julio

SEMANA 3: Del 9 al 13 de Julio

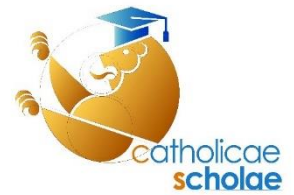
SEMANA 4: Del 16 al 20 de Julio

SEMANA 5: Del 23 al 27 de Julio

\*En caso de **días sueltos** especificar los días exactos en este apartado:

\_\_\_\_\_





Yo (padre/madre/tutor) \_\_\_\_\_ AUTORIZO a  
mi hijo/a (o menor tutela) \_\_\_\_\_

- A participar en las actividades de la Escuela de Verano en las fechas señaladas.
- A que las fotografías y vídeos de mi hijo /a realizados en el ámbito de las actividades sean publicadas en las web y proyectos de ámbito educativo.

Fecha:

Firmado:

Además de padre/madre/tutor, indicar las personas autorizadas a recoger al alumno/a:

_____	DNI _____	Tel _____
_____	DNI _____	Tel _____
_____	DNI _____	Tel _____
_____	DNI _____	Tel _____

## FICHA SANITARIA

Nº Tarjeta SIP: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamento NO  SI  Indicar:

Alergias alimenticias NO  SI  Indicar:

\* Indicar el tratamiento específico en caso de alergias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Fecha:

Firmado:

