



Programa de Concilia Semana Santa para as familias con nenos de 3 a 14 anos de Carballada de Avia que o precisen.

DÍAS DE REALIZACIÓN: 25,26 e 27 de Marzo e o 1 de Abril.

HORARIO: De 9.30 a 15 horas

Servizo de Madrugadores e Almorzo de 8 a 9.30 horas

LUGAR DE REALIZACIÓN: Pavillón do CEIP PENA CORNEIRA.

---

## ENTREGA ESTA INSCRIPCIÓN NO COLE OU NO CONCELLO ANTES DO VENRES 22 DE MARZO

\*Entrega inscrición no cole/ no programa de conciliación/ no Concello.

### INSCRIPCIÓN

Don/Dona \_\_\_\_\_ (titor/a)

Con DNI \_\_\_\_\_ e teléfono \_\_\_\_\_

autorizo á/ó menor \_\_\_\_\_

de idade \_\_\_\_\_ a participar no Programa de Concilia Semana Santa organizado polo Concello de Carballada de Avia.

- Especificar días de asistencia (todos ou días concretos):
- Especificar horario de entrada e recollida do menor:
- Precisa Servizo de Almorzo: SI  NON

No relativo as fotos e vídeos captados aos nenos e nenas do Programa de conciliación Interxeracional, relativas a realización de actividades, xogos e excursións co fin de difundir, dar a coñecer e publicar o servizo prestado en redes sociais (Web do Concello, Facebook...), prensa e outros medios de difusión:

Autorizo

Non autorizo

---

Autorizo as seguintes persoas á recollida do/a menor do Servizo de Concilia Interxeracional ao remate das actividades ou á hora estipulada; considerando aos mesmos como contactos no caso de urxencia:

1. \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto
2. \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto
3. \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto
4. \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto

Autorizo a que o/a menor poda saír e regresar só ao domicilio: SÍ  / NO

---

Nai/Pai/ Titor/a Legal cos datos que figuran nesta ficha de inscrición, e coa calidade declarada na mesma,

CERTIFICA:

Que o/a menor \_\_\_\_\_ NON presenta/ presenta algún tipo de patoloxía/ alerxia/ intolerancia, e NON precisa ningún tipo de axuda técnica ou necesidade especial ara o desenrolo das actividades; no caso de precisar indicalo a continuación:

1. Sofre de algún caso alérxico ou intolerancia (indicar cal): \_\_\_\_\_
2. Padece algunha enfermidade infecto contaxiosa: \_\_\_\_\_
3. Require de tratamento farmacolóxico (indicar pauta de administración): \_\_\_\_\_
4. Precisa de axudas técnicas ou especiais para o desenvolvemento de actividades \_\_\_\_\_
5. Outras observacións que se consideren: \_\_\_\_\_

En Carballada de Avia a \_\_\_\_\_ de Marzo de 2024

FDO.



**CORRESPONSABLES**

