



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

**DÍAS DE REALIZACIÓN:** 14, 15, 16 e 21 de Abril

**HORARIO:**

- Servizo de Madrugadores e Almorzo de 8 a 10.00 horas
- Campamento: de 10.00 a 15.00 horas

**LUGAR DE REALIZACIÓN:** Pavillón do CEIP PENA CORNEIRA\*.

(\*Pendente de confirmación, senón realizaríase noutras instalacións municipais habilitadas para tales efectos.)

---

**ENTREGA ESTA INSCRIPCIÓN NO CONCELLO ANTES DO VENRES 11 DE ABRIL**

**\*PÓDES ENTREGAR POR CORREO ELECTRÓNICO COS DATOS CUBERTOS E FIRMADO AO CIMCARBALLEDA@GMAIL.COM**

### INSCRIPCIÓN

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

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

autorizo á/ó menor \_\_\_\_\_

de idade \_\_\_\_\_ a participar no Programa de Concilia Semana Santa 2025 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. \_\_\_\_\_ Telñefono 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 Carballeda de Avia a \_\_\_\_\_ de Abril de 2025

FDO.