"SEMANA SANTA SALUDABLE 2024. Campamento Urbano Deportivo"

Dña./D. ……,
con DNI ……., teléfono/s …….
Domicilio: ……

Y correo electrónico …….
como madre/padre/tutor/a, por medio de la presente, **SOLICITA** la inscripción en la actividad "SEMANA SANTA SALUDABLE 2024 – Campamento Urbano Deportivo en Chapinería, del menor:

NOMBRE Y APELLIDOS ……
EDAD:……. DOMICILIO:…….

El importe correspondiente será ingresado en la siguiente cuenta bancaria de titularidad municipal: ES30 2100 8021 1313 0006 4255 o bien será abonado con tarjeta en el momento de la inscripción en las oficinas municipales.

En Chapinería, a ____ de _____ de 20…..

Firma madre/padre/tutor/a legal

INFORMACIÓN GENERAL ACTIVIDAD

DÍAS: 22, 25, 26 y 27 DE MARZO Y 1 DE ABRIL DE 2024.

HORARIO: 09:00 a 14:00 HORAS.
LUGAR: SALA DEPORTIVO ESCOLAR (C/ RODETAS Nº 21).
PARTICIPANTES: MENORES DE ENTRE 3 Y 12 AÑOS DE EDAD
NÚMERO MÍNIMO DE PARTICIPANTES: 5 MENORES.
NÚMERO MÁXIMO DE PARTICIPANTES: 12 MENORES.
PLAZAS LIMITADAS SUJETAS A ESTRICTO ORDEN DE INSCRIPCIÓN.

PRECIO ÚNICO: **25 EUROS** (No procede la devolución del importe por falta de asistencia).

Los menores deberán llevar ropa deportiva cómoda y almuerzo de media mañana.

Ayuntamiento de Chapinería

Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE CULTURA, TURISMO Y DEPORTES

"SEMANA SANTA SALUDABLE 2024. Campamento Urbano Deportivo"

Dª. ……con DNI ……
Como madre /tutora.

D. …… con DNI ……
Como padre /tutor.

Teléfono móvil madre/tutora: _____ Teléfono Trabajo madre/tutora: _____

Teléfono móvil padre/tutor: _____Teléfono Trabajo padre/tutor: _____

Teléfono familiar/otros:_____

Autorizo/amos al menor (nombre y apellidos) _____:

Para que participe en todas las actividades organizadas por el Ayuntamiento de Chapinería durante la "Navidad Saludable 2023-2024. Campamento Urbano Deportivo". Asimismo, autorizo a los monitores para que en caso de accidente o enfermedad del menor actúen como mejor proceda.

Autorizo/amos* a que recojan al menor a:
Nombre y apellidos :_____ DNI: _____
Nombre y apellidos :_____ DNI: _____
Nombre y apellidos :_____ DNI: _____
*En caso de firmar sólo uno de los padres esta ficha, éste deberá autorizar, en su caso, al otro progenitor.

Para regresar solo a casa: SI ☐ NO ☐

Para realizar fotografías: SI ☐ NO ☐

Para realizar salidas dentro del municipio: SI ☐ NO ☐

Para que el monitor/a le cambie de ropa en caso de ser necesario: SI ☐ NO ☐

ANTECEDENTES DEL MENOR:

¿Es la primera vez que asiste a una actividad de este tipo? SI ☐ NO ☐

Enfermedades específicas padecidas:

Alergia a medicamentos: SI ☐ NO ☐

¿A cuáles? _____

Otro tipo de alergias: _____

Necesita medicación especial: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

Firma de la madre/tutora:

Firma del padre/tutor: