



**SOLICITANTE**

Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento

CURSO

Colegio

Discapacidad

Reconocimiento Centro Base

SÍ

NO

Observaciones (enfermedades,  
alergias, medicamentos)

**PADRE/ MADRE/ TUTOR/A**

Nombre y Apellido

DNI

Teléfono

Email

Dirección

Periodo solicitado

JULIO

AGOSTO

☐ Mes completo

☐ Mes completo

Precio/ mes 50€

☐ 1º Quincena

☐ 1º Quincena

Precio/ quincena 25€

☐ 2º Quincena

☐ 2º Quincena

Nº CUENTA: ES26 2100 8392 67 2200035127 - ADJUNTAR JUSTIFICANTE INGRESO

☐ AUTORIZO a mi hijo/a con mi consentimiento como padre/madre o tutor legal para poder publicar exclusivamente en medios de esta Administración Pública, las imágenes en las cuales aparezca, con el propósito educativo y/o de promoción de las actividades.

D./ Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y  
domicilio en \_\_\_\_\_

AUTORIZO a mi hijo/a a participar en la "ESCUELA DE VERANO 2024" organizada por la  
delegación de Bienestar Social del Excmo. Ayuntamiento de Alcalá del Río.

FIRMA DEL PADRE/ MADRE/ TUTOR

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_