

SOLICITUD - INSCRIPCIÓN

PROGRAMA NIEVE 2025 BAUTISMOS BLANCOS

| DATOS DE EL/LA MENOR PARA EL QUE SE SOLICITA LA ACTIVIDAD | |
|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |
| DOMICILIO: | LOCALIDAD: |
| DNI: | CENTRO EDUCATIVO DONDE ESTÁ MATRICULADO/A |
| EMPADRONADO/A SI <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | |
| DATOS MÉDICOS A TENER EN CUENTA (indicar alergias, intolerancias alimenticias, enfermedades, medicación, etc.)**En caso de padecer algún tipo de enfermedad o recibir medicación adjuntar informe médico específico. | |
| PERSONA QUE SOLICITA LA ACTIVIDAD (REPRESENTANTE DE EL/LA MENOR): | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | |
| DNI: | TELÉFONOS DE CONTACTO: |
| EN CALIDAD DE: MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL <input type="checkbox"/> | |

| CATEGORÍA A LA QUE SE INSCRIBE EL/LA MENOR (INDIQUE EL CURSO) | |
|--|--|
| BENJAMÍN (4º , 5º Y 6º DE PRIMARIA) | |
| INFANTIL (1º , 2º Y 3º DE ESO) | |

En Doñinos de Salamanca, a ____ de _____ de 202__

Firma del Solicitante