



**CONCELLO
DE OUTES**

**FOLLA DE
INSCRICIÓN DE
ACTIVIDADES**

A cubrir pola Administración

Rexistro:

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE:

Nome e apelidos

DNI

Ano de nacemento

Enderezo Postal

Teléfono

Empadroado/a en Outes

SI NON

Nome e apelidos do pai, nai ou titor/a (Só no caso de que o/a solicitante sexa menor de idade)

DNI (pai, nai ou titor/a)

Descrición:

Solicitude de praza para a participación nas seguintes actividades organizadas polo Concello de Outes:

ACTIVIDADE	COTA MENSUAL	REDUCIÓN	TOTAL MES	TOTAL TRIMESTRE/ CUADRIMESTRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL IMPORTE TRIMESTRAL/CUADRIMESTRAL ACTIVIDADES				<input type="text"/>

SOLICITO a inscrición nas actividades sinaladas e AUTORIZO a domiciliación na seguinte conta:

Nº de conta:

AUTORIZO ao Concello de Outes a que consinta a toma de fotografías e a gravación de imaxes nas actividades nas que apareza o neno ou nena, ben individualmente ou en grupo. A difusión das imaxes e sons a través de medios de comunicación audiovisual, redes sociais, xornais ou pasar a formar parte do arquivo do Concello de Outes para a súa utilización en campañas de promoción. En todo momento serán repectados os dereitos da infancia. _____ SI NON

AUTORIZO ao monitorado a que, no caso dunha emerxencia médica, poida trasladar á nena ou neno arriba citado ao centro de saúde ou hospital. _____ SI NON

AUTORIZO ás seguintes persoas, maiores de idade, a recoller o neno ou nena arriba citado/a:

NOME E APELIDOS

DNI

Outes, de de 20

Asinado: _____