Nº Inscripción:

**INSCRIPCIÓN CAMPUS DE VERANO VILLA DE ESCALANTE 2022 (DEL 1 DE JULIO AL 31 DE AGOSTO)**

******

**PERIODO DE INSCRIPCIONES: del 22 al 29 de junio de 2022, ambos inclusive**

**Datos del padre, madre o tutor legal.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MADRE | D.N.I. |  | NOMBRE COMPLETO |  |
| PADRE | D.N.I. |  | NOMBRE COMPLETO |  |
| DIRECCIÓN |  | Nº |  | PISO |  | LOC |  |
| TEL 1 |  | TEL 2 |  | MOVIL |  |
| E-MAIL |  | EMPADRONADO | SI | NO |

**Datos de los menores**

**(Año de nacimiento comprendidos entre 01/07/2010 y 01/07/2019 ambos inclusive):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE |  | FECHA NACIMIENTO |  |
| NOMBRE |  | FECHA NACIMIENTO |  |
| NOMBRE |  | FECHA NACIMIENTO |  |

**INFORMACIÓN DE LAS TARIFAS DEL CAMPUS VERANO 2022 (PRECIO ÚNICO DE LAS ACTIVIDADES).**

 JULIO (35€)  AGOSTO (35€)  JULIO Y AGOSTO (50€)  MADRUGADORES (8:30 horas-sin coste)

En caso de semanas sueltas indicar cuales:………………………………………………………

**I M P O R T A N T E**

* Con la presentación de esta solicitud autorizo la asistencia del menor, o menores a las salidas, excursiones y paseos programados.
* Además, autorizo al Ayuntamiento de Escalante al uso y difusión de posibles imágenes del menor, o menores, tomadas en el desarrollo del servicio. **En caso de no autorizar, por favor, marque una cruz en esta casilla**. 
* En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, le informamos de que sus datos personales serán tratados con el fin de prestar el servicio objeto de la inscripción y destruidos a su finalización. Si lo desea puede ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos personales por escrito en el registro oficial del Ayuntamiento de Escalante.
* **PERSONA AUTORIZADA PARA ENTRADA/SALIDA DE CAMPUS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hora de entrada: **09:30 horas**
* Actividad Central: **09:30 a 13:30 horas**
* Marcar lo que proceda: **1ª Salida: 13:30 2ª Salida 14:00 horas**

**MUY IMPORTANTE:** Por favor, **INDIQUE SI SU HIJO NECESITA ALGUNA ATENCIÓN ESPECIAL, SI SUFRE ALERGIAS, INTOLERANCIA ALIMENTARIA, O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE DEBIÉRAMOS CONOCER**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se acompaña justificante resguardo ingreso de la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_ € en cuenta municipal.

Banco Santander ES33 0049 5830 08 2110139317

*Firma*

En Escalante, a ........de …………. de 2022.