



FICHA DE PREINSCRIPCIÓN



ESCOLAS 2017
ACTIVIDADE FÍSICA
E SAÚDE

Alumno/a

Data Nacemento DNI

Pai, nai ou titor (se é menor) DNI

Enderezo

Tfno.: Correo-e

Queda inscrito/a na actividade:

Instalación Municipal

Don/Dona NIF

Como titular da conta bancaria co IBAN ES / / /

Autorizo á domiciliación do recibo do participante

no programa de Escolas de Actividade Física e Saúde 2017

Empadroado/a en Cambre:

SI NON

Non empadroado/a que traballa no
termo municipal de Cambre

Presenta redución

SI NON

Autorizo a captación e utilización da imaxe do menor ao
que represento, e/ou da miña propia, co obxecto de
empregar dita imaxe na divulgación das Escolas de
Actividade Física e Saúde do Concello de Cambre.

Coñezo e acepto as condicións do
programa de Escolas de Actividade Física
e Saúde 2017. Asinado,

Sr. Alcalde do Concello de Cambre - A Coruña