



Benestar Social
Ajuntament d'Oliva



| | |
|--|---|
| NOM I COGNOMS DEL XIQUET/A | |
| Domicili: | Dades mèdiques: És al·lèrgic a algun tipus de medicament? |
| Data de naixement/edat: | Pateix al·lèrgies? Pren medicació? |
| Centre escolar i curs 13/14 | Especifiquen: Pot realitzar exercici físic? |
| Telèfons de contacte 1. 2. | Autoritzacions Sr./Sra. Amb DNI..... Pare/mare de..... |
| Persona responsable de recollida del xiquet (nom i cognom): 1. 2. | Done la meua autorització perquè el meu fill/a: ___ participe en les eixides que s'organitzen ___ El puguen fotografiar |
| <p>Import: 30 euros El pagament es realitzarà per transferència bancària al compte 0182/5941/49/0011507416 en BBVA Lliurar justificant de pagament per justificar la inscripció.</p> | |