



## DATOS PERSONALES

|                                                       |            |            |       |
|-------------------------------------------------------|------------|------------|-------|
| Nombre:                                               |            | Apellidos: |       |
| Edad:                                                 | Dirección: |            |       |
| Curso actual (2019/20):                               |            |            | C.P.: |
| N.º Seg. Social:                                      |            |            |       |
| Alergias u otros datos médicos/sanitarios de interés: |            |            |       |

## DATOS MADRE Y PADRE:

|           |            |        |  |
|-----------|------------|--------|--|
| Nombre:   | Apellidos: |        |  |
| DNI       |            | Email: |  |
| Teléfono: |            |        |  |

|           |            |        |  |
|-----------|------------|--------|--|
| Nombre:   | Apellidos: |        |  |
| DNI       |            | Email: |  |
| Teléfono: |            |        |  |

|                  |    |    |    |    |   |   |
|------------------|----|----|----|----|---|---|
| Días que asiste  | 23 | 26 | 27 | 30 | 2 | 3 |
| Marque con una X |    |    |    |    |   |   |

## AUTORIZADOS A RECOGER AL MENOR

|   |      |
|---|------|
| 1 | DNI: |
| 2 | DNI: |
| 3 | DNI: |



D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

como (padre/tutor) del /la menor \_\_\_\_\_

y D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

como (madre/tutora) del /la menor \_\_\_\_\_

Autorizo:

\_\_\_ Autorizo a Utopía HS a acudir al centro de salud más próximo en caso de urgencia.

\_\_\_ En las actividades a realizar se contemplan salidas fuera del recinto de la casa de la cultura de Almensilla, así como fuera de la misma, algunas de estas actividades pueden exceder el horario establecido. Por la presente se autoriza expresamente a la realización de estas actividades.

\_\_\_ Autorizo a la cesión de imagen de la /el menor solicitantes obtenidas en el desarrollo de las actividades relacionadas con el proyecto socioeducativo llevado a cabo por Utopía HS y utilizarlas en cualquier tipo de formato y/o difusión (pale, web, fb...) de acuerdo con fines divulgativos.

\_\_\_ Asimismo renuncio a pedir cualquier tipo de responsabilidad civil o penal por el mencionado uso por la. presente aquí mencionado

\*\* Adjuntar: Fotocopia tarjeta sanitaria de la menor/del menor y fotocopia DNI padre/madre o tutor/a.

- El desayuno lo traerán de casa
- No se recomienda traer juguetes ni objetos personales al centro ya que no nos haremos responsables de su pérdida y/o deterioro

Firma padre/madre o tutor/a