

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS DE VERANO 2020



DATOS PERSONALES				FECHA:		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO O NIÑA:				EDAD:		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:				DNI:		
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:				DNI:		
DIRECCIÓN:				C.P.		
TELÉFONO PADRE:		TELÉFONO MADRE:		TELEFONO URGENCIAS:		
CORREO ELECTRÓNICO:		CORREO ELECTRÓNICO:				
SELECCIÓN DE SERVICIOS:						
SELECCIONA LAS SEMANAS DE JUNIO Y JULIO EN LAS QUE ASISTE						
Del 15 al 19 de Junio		Del 22 al 26 de Julio		Del 29 al 03 de Julio		
Del 06 al 10 de Julio		Del 13 al 17 de Julio		Del 20 al 24 Julio		
Del 27 al 31 de Julio						
SELECCIONA LAS SEMANAS DE AGOSTO EN LAS QUE ASISTE						
Del 03 al 07 de Agosto		Del 10 al 14 Agosto		Del 07 al 11 d Septiembre		
Del 24 al 28 de Agosto		Del 31 al 04 de Septiembre		Del 07 al 11 d Septiembre		
SELECCIONA EL GRUPO DE CAMPAMENTO						
GRUPO A		DE 09:00 a 14:00 hrs		Solo Actividad		
GRUPO B		DE 07:00 a 14:00 hrs		Desayuno		
GRUPO C		DE 09:00 a 16:00 hrs		Comedor		
GRUPO D		DE 07:00 a 16:00 hrs		Desayuno + Comedor		
HORARIO AMPLIADO		DE 16:00 a 18:00 hrs		Merienda		
<input type="checkbox"/> DTO. HERMANO 10%		<input type="checkbox"/> DTO. FAM. NUMEROSA 10%		<input type="checkbox"/> SOLICITA BECA CAMPAMENTOS		
<input type="checkbox"/> PAGO POR RECIBO BANCARIO, NUMERO DE CUENTA				<input type="checkbox"/> PAGO TARJETA, VISA, MASTERCARD		
PAGO POR TRANSFERENCIA: ES42-0049-3057-49-2914014013						
AUTORIZO A RECOGER AL NIÑO						
NOMBRE APELLIDOS				DNI		
NOMBRE APELLIDOS				DNI		
Condiciones de Pago: La reserva se formalizará una vez recibida la inscripción junto con el justificante de pago, al menos 10 días antes de iniciarse la actividad. No se realizaran abonos ni devoluciones en caso de falta de asistencia bajo ningún concepto.						
Autorizo a El Coto Kids para que administren (indicar: ibuprofeno, paracetamol o ambos medicamentos) _____ durante su estancia en el Centro, en caso de que el niño/a tenga algún síntoma febril exclusivamente en el caso de no localizar telefónicamente al padre o a la madre en ese momento				SI	NO	
Autorizo a El Coto Kids a trasladar a mi hijo/hija al centro médico más cercano, en caso de que el niño/a sufra algún tipo de accidente que lo requiera, exclusivamente en el caso de no localizar telefónicamente al padre o a la madre en ese momento.				SI	NO	
ALERGIAS O ENFERMEDADES RELEVANTES				SI	NO	
En el Casar a ____ de ____ de 20__ FIRMA AUTORIZADA (PADRE, MADRE, TUTOR):						