



TALLER DE TEATRO INFANTIL (24, 25, 26, 27 28 junio 2024)

Centro cultural _____

AUTORIZACIÓN

DATOS DEL NIÑO/A

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Alergias y/o enfermedades:

(Descripción completa de alergias)

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección:

C.P.:

Población:

Tel. 1:

Tel. 2: Correo electrónico:

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR _____

Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____

Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____

Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____

DATOS Y TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD

Tel. 1:

Tel. 2:

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a para que participe en todas las actividades de este programa, desarrolladas por el Distrito de Ciudad Lineal y **ACEPTO LAS CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN ESTABLECIDAS.**

Declaro que son ciertos los datos contenidos en la solicitud

Madrid, a ___ de _____ de _____

Firmado:
(padre/madre/tutor)