



DATOS DEL INTERESADO

NOMBRE Y APELLIDOS	_____
FECHA DE NACIMIENTO	_____ CURSO _____
TELÉFONOS DE CONTACTO	_____
DIRECCIÓN	_____ LOCALIDAD _____
CORREO ELECTRÓNICO	_____
DNI	_____ EMPADRONADO EN _____

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

Concepto	Si	No	Observaciones
ALERGIAS ALIMENTICIAS			
ALERGIAS A MEDICAMENTOS			
OTRO TIPO DE ALERGIAS			
Puede realizar esfuerzos físicos en referencia a su edad			
Otros datos médicos o información relevante			

<b>PERIODO</b>
<b>1 AL 22 DE JUNIO 2023</b>

**DATOS PARA EL PAGO – 20€**

TITULAR: AYUNTAMIENTO DE MIRAFLORES DE LA SIERRA – CONCEJALÍA JUVENTUD E INFANCIA

CAIXABANK - ES66 2100 4916 0513 0016 0564

Enviar recibo a: [juventud@mirafloresdelasierra.es](mailto:juventud@mirafloresdelasierra.es)

LISTADO PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO/A DE LA ACTIVIDAD ARRIBA INDICADA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

DNI: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_.

MÁS INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

Espacio Miraflores Muy Joven

Paseo de los Álamos, 4

91 844 91 41 ext. 3

[juventud@mirafloresdelasierra.es](mailto:juventud@mirafloresdelasierra.es)

CONCEJALÍA DE INFANCIA Y JUVENTUD

[juventud@mirafloresdelasierra.es](mailto:juventud@mirafloresdelasierra.es)