



**SOLICITANTE**

Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento

CURSO

Colegio

Discapacidad

Reconocimiento Centro Base

SÍ

NO

Observaciones (enfermedades,  
alergias, medicamentos)

**PADRE/ MADRE/ TUTOR/A**

Nombre y Apellido

DNI

Teléfono

Email

Dirección

Periodo solicitado

JULIO

AGOSTO

Mes completo

Mes completo

Precio/ mes 50€

1º Quincena

1º Quincena

Precio/ quincena 25€

2º Quincena

2º Quincena

- AUTORIZO a mi hijo/a con mi consentimiento como padre/madre o tutor legal para poder publicar exclusivamente en medios de esta Administración Pública, las imágenes en las cuales aparezca, con el propósito educativo y/o de promoción de las actividades.

D./ Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

AUTORIZO a mi hijo/a a participar en la "ESCUELA DE VERANO 2026" organizada por la delegación de Bienestar Social del Excmo. Ayuntamiento de Alcalá del Río.

FIRMA DEL PADRE/ MADRE/ TUTOR

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026