

# SERVIZO DE CONCILIACIÓN, VERÁN 2020

## SOLICITUDE DE INSCRICIÓN

<b>SEMANA:</b>	
<b>DÍAS:</b>	
<b>HORARIO:</b>	

### DATOS IDENTIFICATIVOS DA PERSOA PARTICIPANTE:

<b>NOME E APELIDOS</b>				
<b>DATA DE NACEMENTO</b>				
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>CONCELLO</b>		<b>EMPADROADA/O EN CALDAS</b>	SI	NON

### E, NA SÚA REPRESENTACIÓN:

<b>NOME E APELIDOS</b>			
<b>DNI/NIF</b>			
<b>DIRECCIÓN</b> (só si é diferente ao da/o menor)			
<b>CONCELLO</b>		<b>TELÉFONO</b>	

Achego a seguinte documentación para a inscrición no servizo de conciliación:	
	Solicitud de inscripción cuberta.
	Fotocopia do DNI/NIF da nai, pai ou titor/a.
	Situación laboral da familia (nómina recente, contrato de traballo ou vida laboral).

Como responsable do meu fillo/a, confirmo a autenticidade dos datos e documentación que achego na presente solicitude e dou a oportuna autorización para a asistencia ó SERVIZO DE CONCILIACIÓN.



CONCELLO DE

CALDAS DE REIS

AUTORIZACIÓN PARA A REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, GRAVACIÓN DE IMAXES E REXISTRO DE SON:		
SI	Acepto que a persoa participante á que represento poida ser fotografada e/ou gravada dentro do	
NON	servizo de conciliación do Concello de Caldas de Reis, no verán de 2020.	
SAÍDA DO SERVIZO DE CONCILIACIÓN		
Autorizo ás seguintes persoas a levar e/ou recoller á persoa participante do servizo de conciliación do Concello de Caldas de Reis, no verán de 2020.		
NOME:		
DNI/NIF:	PARENTESCO:	
NOME:		
DNI/NIF:	PARENTESCO:	
DECLARO:		
	Que a/o menor non ten diagnóstico positivo por COVID-19 segundo os criterios médicos vixentes.	
	Que a/o menor non presenta sintomatoloxía (tose, febre, dificultades respiratorias) que poida estar asociada coa COVID-19 durante os 14 días previos á data de hoxe.	
	Que a/o menor non estivo en contacto estreito ou compartindo espazo sen gardar a distancia interpersoal con algunha persoa afectada por COVID-19 nos 14 días previos á data de hoxe.	
DATOS SANITARIOS DA/O MENOR:		
SI	NON	Ten algunha alerxia (a medicamentos, alimentos, etc): _____
SI	NON	Padece algunha enfermidade infecto-contaxiosa: _____
SI	NON	Padece algunha enfermidade que precise atención especializada: _____
SI	NON	Posúe as vacinas requiridas segundo a lexislación vixente.
SI	NON	Precisa actualmente algunha medicación: _____
Outras observacións:		

En Caldas de Reis, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, do 2020.

Asinado,