

**SERVIZO MUNICIPAL DE CONCILIACIÓN DO CONCELLO DE TUI: "IGUAL É +"**Por favor: complete a **INSCRICIÓN E AUTORIZACIÓNS** con **LETRA CLARA E MAIÚSCULAS** Grazas.**O/A PARTICIPANTE**

Nome	Apelidos
Idade:	Data de nacemento
Empadroad/a no Concello de Tui: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NON	

FAMILIA

Nome do pai/nai/ titor-a legal	DNI
Nome do pai/nai/ titor-a legal	DNI
Teléfono/s de contacto	
Mail	

ELIXA O LUGAR PARA PARTICIPAR NO SERVIZO DE CONCILIACIÓN MARCANDO CUNHA X A SÚA ELECCIÓN (soamente pode marcar unha opción).

TUI URBANO 1 (Pavillón nº2) <input type="checkbox"/>	TUI URBANO 2 (Pavillón nº2) <input type="checkbox"/>	CALDELAS DE TUI <input type="checkbox"/>	GUILLAREI <input type="checkbox"/>	REBORDÁNS <input type="checkbox"/>	RANDUFE <input type="checkbox"/>	AREAS <input type="checkbox"/>
---	---	--	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

AUTORIZACIÓNS

Por seguridade e debido sobre todo a circunstancias nas que nos atopamos por mor do COVID-19 e para ter un maior control é obrigatorio que a recollida do/a menor a faga sempre un familiar directo e a poder ser sempre sexa o mesmo.

PERSOAS AUTORIZAS PARA RECOLLER AO/Á NENO/A:

NOME/APELIDOS _____ DNI _____ TELF _____

NOME/APELIDOS _____ DNI _____ TELF _____

AUTORIZACIÓN DE TOMA DE IMAXE OU VÍDEO:

Tamén dou o meu consentimento a empresa KOREMI e ao CONCELLO DE TUI para a captación da imaxe do/a neno/a, mediante fotografías ou vídeos, con fins pedagóxicos na promoción ou difusión da actividade realizada no Servizo Municipal de Conciliación "IGUAL É +".

 Autorizo a captación de imaxe ou vídeo Non autorizo a captación de imaxe ou vídeo
AUTORIZACIÓN SAÍDAS:

Autorizo a que participe nas saídas polo entorno próximo que se realicen ao longo do Servizo Municipal de Conciliación "IGUAL É +".

 Sí autorizo Non autorizo
AUTORIZACIÓN DATOS MÉDICOS.

Rogamos que no caso de que o/a neno/a, teña algunha alerxia-intolerancia, ou problema de saúde que debamos saber, agradecemos nolo faga constar:

- A) ALERXIAS (Especificar tipo): _____
- a.1) Antibióticos, medicamentos: _____
- a.2) Animais ou alimentos: _____
- B) ¿SEGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN OU TRATAMENTO MÉDICO ESPECIAL?
- C) ¿SEGUE ALGÚN RÉXIME DE COMIDA? tipo: _____
- E) ¿PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE? _____
- F) ¿SOFRE ALGÚN TIPO DE LIMITACIÓN FÍSICA OU FUNCIONAL? _____
- G) OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE DESEXE REFLEXAR: _____

LECTURA E ACEPTACIÓN DO DOSSIER DE NORMATIVA E PROTOCOLOS

Pola presente tamén certifico que din lectura e estou de acordo coa normativa e protocolos que se establecen no Servizo de Conciliación "IGUAL É +" a nivel de medidas de organización, seguridade e hixiene por mor do COVID-19.

DATA E SINATURA: