

CONCELLO DE ARBO  
CIF: P3600100F

Praza Consistorio, 1  
36430 ARBO – PONTEVEDRA  
Telf.:986 665 000 - Fax: 986 665 011  
E-mail: concellodearbo@concellodearbo.es

## INSTANCIA

Emitido por:

DNI

Enderezo:

Teléfono:

SOLICITA:

Rexistro de entrada para o Campamento de Verán 2018 do seguinte/s nenos/as

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA:

- Xustificante bancario do pagamento da taxa xunto co formulario da/s taxa/s cuberto
- Cuestionario médico-sanitario

Arbo,        de                de 2018

Sr Alcalde – Presidente do Concello de Arbo

UNIÓN EUROPEA



**XUNTA DE GALICIA**

VICEPRESIDENCIA E CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA,  
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS E XUSTIZA  
Secretaría Xeral da Igualdade



CONCELLO DE ARBO  
CIF: P3600100F

Praza Consistorio, 1  
36430 ARBO – PONTEVEDRA  
Telf.:986 665 000 - Fax: 986 665 011  
E-mail: [concellodearbo@concellodearbo.es](mailto:concellodearbo@concellodearbo.es)

### TAXA DO SERVIZO DE “CAMPAMENTO DE VERÁN 2018”

**NOME DO/A MENOR:**

**DNI:**

**NOME DO/A SOLICITANTE:**

**ENDEREZO:**

**PERIODO A LIQUIDAR:**

**SINALAR O IMPORTE QUE PROCEDA:**

**IMPORTE TAXA: 20 €**

**IMPORTE TAXA (Bonificación por segundo irmán ou irmá): 10 €**

**IMPORTE TAXA (Exención a partir do 3º irmán ou irmá): 0 €**

**IMPORTE TAXA (Exención por situación de desemprego): 0 €**

**INGRESO EN ABANCA IBAN: ES44 2080 5011 8530 4000 5379**

CONCELLO DE ARBO  
CIF: P3600100F

Praza Consistorio, 1  
36430 ARBO – PONTEVEDRA  
Telf.:986 665 000 - Fax: 986 665 011  
E-mail: [concellodearbo@concellodearbo.es](mailto:concellodearbo@concellodearbo.es)

## CUESTIONARIO MEDICO – SANITARIO

Eu, como nai/pai ou titor/a legal, \_\_\_\_\_

con D.N.I \_\_\_\_\_

informo sobre os datos médicos – sanitarios do/a meu/miña fillo/a \_\_\_\_\_

Sofre algún proceso alérxico? Alimentos, plantas, insectos, etc. Especificar	
Padece algunha enfermidade que precise un coidado especial?	
Presenta algún tipo de limitación?	
Física <input type="checkbox"/>	Psíquica <input type="checkbox"/>
Sensorial <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
Medidas, apoios ou axudas técnicas que precisa para o seu desenvolvemento diario:	
Require tratamento farmacolóxico? (de ser a resposta afirmativa acompañar de receita médica onde apareza o medicamento e dose indicada)	
Si <input type="checkbox"/> Cal?	Non <input type="checkbox"/>
Observacións que se consideren oportunas dicir:	

CONCELLO DE ARBO  
CIF: P3600100F

Praza Consistorio, 1  
36430 ARBO – PONTEVEDRA  
Telf.:986 665 000 - Fax: 986 665 011  
E-mail: [concellodearbo@concellodearbo.es](mailto:concellodearbo@concellodearbo.es)

En caso de urxencia, avisar a

1. Nome e apelidos: \_\_\_\_\_ N° tfn: \_\_\_\_\_

2. Nome e apelidos: \_\_\_\_\_ N° tfn: \_\_\_\_\_

A persoa representante declara que tódolos datos contidos neste formulario son certos. Que autoriza as decisións médico – cirúrxicas que fose preciso adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.

Arbo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Asdo: \_\_\_\_\_

UNIÓN EUROPEA



**XUNTA DE GALICIA**  
VICEPRESIDENCIA E CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA,  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA E XUSTIZA  
Secretaría Xeral da Igualdade