



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA DE
POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDADE



CORRESPONSABLES



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

DE RETARDA DE DEFENSA
DE DEFENSA
7 PARA LA DEFENSA DE LA VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES



SOLICITUDE DE INSCRICIÓN

DATOS DO MENOR		
Nome e Apelidos:		
Enderezo:		
Data de nacemento:	Idade:	Teléfono*:
Correo electrónico:		

* Neste teléfono comunicaranse os avisos que puideran xurdir.

QUENDAS de participación (Marcar como máximo dúas quendas)

PRIMEIRA	SEGUNDA	TERCEIRA	CUARTA
1 xullo-15 xullo ☐	16 xullo-31 xullo ☐	1 agosto-14 agosto ☐	18 agosto-29 agosto ☐

Padece algunha alerxia ou intolerancia

NON ☐	☐ SI	Indicar cal:
------------------------------	-----------------------------	--------------

AUTORIZO ao Concello de Valga e a empresa xestora das actividades, á toma de imaxes e rexistro de son e difusión das mesmas do/a neno/a, nas redes sociais e outros medios similares para difundir as actividades da entidade:

SI AUTORIZO ☐	NON AUTORIZO ☐
--------------------------------------	---------------------------------------

AUTORIZACIÓN para recoller o neno/a

Autorizo a _____, con
DNI _____, a recoller o/a neno/a na actividade.

TELÉFONOS de avisos en caso de **URXENCIAS**:

Nome:	Nome:	Nome:
Tel:	Tel:	Tel:

**SITUACIÓN FAMILIAR (obligatorio presentar documentación acreditativa)**

Nº de membros da Unidade Familiar:	Nº:	
Empadroados no Concello de Valga:	SI	NON

Ocupación laboral dos proxenitores:

Acreditación da ocupación laboral	1	2
-----------------------------------	---	---

Acreditación de acollemento familiar	SI	NON
Acreditación de Familia Numerosa	SI	NON
Acreditación de Familia Monoparental	SI	NON

Acreditación de ter algún familiar de convivencia con discapacidade ou dependencia	SI	NON
En caso afirmativo indicar quen:		

Acreditación de ser Muller vítima de violencia de xénero	SI	NON
--	----	-----

Acreditación de ser Familia en risco de exclusión social	SI	NON
--	----	-----

AUTORIZACIÓN MATERNA/PATERNA

D^a./D. _____,
maior de idade, con DNI núm. _____, nai, pai ou titor, AUTORIZO o meu
fillo/a a asistir á actividade que se indica nesta solicitude e ACEPTO as bases que rexen O
SERVIZO “ESCOLA E CAMPUS VERÁN’25” do Concello de Valga.

En Valga, a _____ de _____ do 2025

Asdo. _____

**É OBRIGATORIO CUBRIR TODOS OS DATOS E PRESENTAR TODA
A DOCUMENTACIÓN NO MOMENTO DA INSCRICIÓN**