

**SÁBADOS DE INTEGRACIÓN 2017**

|  |
| --- |
| ACTIVIDADES: |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de inscripción |  |
| Nombre |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Documento |  |
| Nombre del padre/madre/tutor |  |
| Teléfono |  |
| E-Mail |  |
| Localidad |  |
| Servicio Médico |  |
| Contacto por emergencias |  |
| Cuota (a completar por SALASUR) |  |
| Horario (a completar por SALASUR) |  | |
| Observaciones (alergia, etc) |  | |

* ¿Con quién concurre y se retira el/la alumn@ a SALASUR?
* Autorizo a SALASUR a usar el registro fotográfico y audiovisual de la Escuela para fines promocionales.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a realizar salidas didácticas en el transcurso del año con equipos docentes y auxiliares de SALASUR.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Autorizo a mi hij@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a salir de SALASUR dentro del horario correspondiente.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_