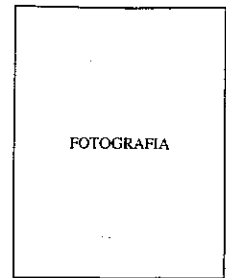




**CONCELLO DE RIVEIRA**  
**Concellería de Cultura e Festexos**

Oficiñas: Centro Cultural Manuel Lustres Rivas  
 R/ Lustres Rivas, 20 - 2.º Andar Dta.  
 15960 RIVEIRA - A Coruña  
 Tif. 981 83 56 50 - Fax 981 87 32 09  
 e-mail: culturaefestexos@riveira.com  
**www.riveira.es**



# ESCOLAS, OBRADOIROS E ACTIVIDADES

Actividade:.....  
 Curso..... / .....

Apelidos e Nome..... D. N. I.....

Data de nacemento..... Idade..... Tif.....

Apelidos e Nome do Pai/Nai/Titor-a.....

Enderezo..... C.P..... Localidade.....

Observacións:  
 .....  
 .....  
 .....

LUGAR.....

DIAS.....

HORARIO.....

AUTORIZO ao meu fillo/a a realizar a devandita actividade e manifesto que pasado o correspondente exame médico, non padece ningunha enfermidade que lle poida supoñer un risco ou incapacitación para practicala, manifestando ademais que son certos os datos recollidos neste formulario.

Riveira, a..... de..... de.....  
 Ado. Pai/Nai/Titor-a

Os datos persoais facilitados serán empregados unicamente polo Concello de Riveira a efectos administrativos e de organización e nos supostos que indica o Art. 5 da Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal.

Non autorizo a que o meu fillo/a saia en imaxes realizadas pola organización da actividade, nos supostos que establece o Art. 4 da Lei Orgánica 1/1996, de 15 de xaneiro, de Protección Xurídica do Menor.

**DEPOSITARÍA**

Importe

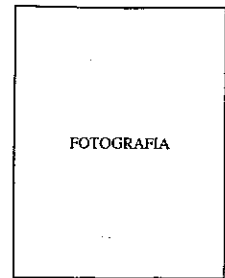
Data

Selo e Sinatura



**CONCELLO DE RIVEIRA**  
**Concellería de Cultura e Festexos**

Oficiñas: Centro Cultural Manuel Lustres Rivas  
 R/ Lustres Rivas, 20 - 2.º Andar Dta.  
 15960 RIVEIRA - A Coruña  
 Tlf. 981 83 56 50 - Fax 981 87 32 09  
 e-mail: culturaefestexos@riveira.com  
**www.riveira.es**



## ESCOLAS, OBRADOIROS E ACTIVIDADES

Actividade:.....  
 Curso..... / .....

Apelidos e Nome..... D. N. I.....

Data de nacemento..... Idade..... Tlf.....

Apelidos e Nome do Pai/Nai/Titor-a.....

Enderezo..... C.P..... Localidade.....

Observacións:  
 .....  
 .....  
 .....

LUGAR.....

DIAS.....

HORARIO.....

AUTORIZO ao meu fillo/a a realizar a devandita actividade e manifesto que pasado o correspondente exame médico, non padece ningunha enfermidade que lle poida supoñer un risco ou incapacitación para practicala, manifestando ademais que son certos os datos recollidos neste formulario.

Riveira, a..... de..... de.....  
 Ado. Pai/Nai/Titor-a

Os datos persoais facilitados serán empregados unicamente polo Concello de Riveira a efectos administrativos e de organización e nos supostos que indica o Art. 5 da Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal.

Non autorizo a que o meu fillo/a saia en imaxes realizadas pola organización da actividade, nos supostos que establece o Art. 4 da Lei Orgánica 1/1996, de 15 de xaneiro, de Protección Xurídica do Menor.

**DEPOSITARÍA**

Importe

Data

Selo e Sinatura