



C/ San Cristóbal \* C. I.F: P -0522500- H \* C. P: 05510 \* (Ávila)

D/ D<sup>a</sup>., .....  
con D. N. l..... y número de teléfono....., padre/ madre  
de ..... de ..... años de  
edad, solicito su participación en el Programa Tiempo de Verano 2017 durante las siguientes  
semanas:

Del 16 al 20 de Julio

Del 6 al 10 de Agosto

Del 23 al 27 de Julio

Del 13 al 17 de Agosto

Del 30 Julio al 3 de Agosto

Del 20 al 24 de Agosto

Del 27 Agosto al 31 Agosto

El precio por semana será de 8 € y se pagará al comienzo de la misma en el siguiente número de cuenta, indicando en el concepto la semana y el nombre del niño/a que asistirá (se deberá aportar el justificante del ingreso en el Ayuntamiento).

**ES54 2108 2505 8900 3010 0324 (ESPAÑA-DUERO)**

Con la firma de esta solicitud, acepto las condiciones establecidas por el Ayuntamiento de Santa María del Berrocal.

**Importante:** indiquen a continuación si su hijo o hija tiene algún tipo de alergia o intolerancia:

.....  
.....  
.....

EL/LA INTERESADO/A

Fdo:

En Santa María del Berrocal, a..... de ..... de 2018