

Servei d'Accompanyament per a persones amb diversitat funcional

Nom i Cognoms: _____

Data de naixement: _____ Edat: _____

Nom del Pare / Mare / Tutor-a: _____

Tels. de contacte del pare i de la mare: _____

Email: _____

Dades que s'hauran de tindre en compte per tal de haver de cobrir necessitats d'atenció a la diversitat (al·lèrgies, mobilitat, lesions, etc.)

En / Na _____, amb DNI / NIF _____, com a pare / mare / tutor-a de _____

_____, l'autoritze a participar en les activitats del Servei d'Accompanyament que organitza l'Ajuntament.

- Aquest servei, es realitzarà **del 2 al 20 d'agost**, de dilluns a divendres, en horari de 9:00 a 13:00 h

I perquè així conste;

Borriol, _____

Firma del pare / mare / tutor/tutora.

- **Imprescindible adjuntar la fotocòpia del SIP del xiquet/a, DNI/NIF del pare, mare o tutor/a, declaració responsable i certificat de minusvalua i volant d'empadronament (es comprovarà d'ofici).**
- **Termini de presentació d'instàncies: del 28 al 30 de juliol.**
- **Declaració responsable.**
- **Presencial al Registre de l'Ajuntament o tramitació telemàtica en SEU ELECTRÒNICA BORRIOL.**