

# HOJA DE INSCRIPCIÓN **XV** ENCUENTRO de FAMILIAS de FAPAS CyL

CÁLCULO IMPORTE

PADRE \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

HIJO/A \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SORDO/OYENTE \_\_\_\_\_ AUDÍFONO/IMPLANTE \_\_\_\_\_

HIJO/A \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SORDO/OYENTE \_\_\_\_\_ AUDÍFONO/IMPLANTE \_\_\_\_\_

HIJO/A \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SORDO/OYENTE \_\_\_\_\_ AUDÍFONO/IMPLANTE \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES OPCIONALES:  CANAL DE CASTILLA Domingo 17:00h  SERVICIO SÁBANAS (abonar 5€ en el albergue) IMPORTE A INGRESAR:

DOMICILIO: C/Pza. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ TEL. CONTACTO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS PARA LA ORGANIZACIÓN: ¿ALERGIAS ALIMENTARIAS? S/N ¿NECESIDADES ESPECIALES? S/N  
OTROS DATOS DE ESPECIAL INTERÉS: \_\_\_\_\_

**ENTREGAR HOJA DE INSCRIPCIÓN JUNTO A CUOTA DE PARTICIPACIÓN EN LA ASOCIACIÓN MIEMBRO.  
FAMILIAS NO SOCIAS ENVIAR INSCRIPCIÓN A: [coordinacion@fapascyl.org](mailto:coordinacion@fapascyl.org)  
JUNTO CON COPIA DEL INGRESO EN CUENTA BANCARIA FAPAS CyL ES38 2100-3563-74-2210013557 (La Caixa)**

\*AUTORIZO a FAPAS CyL/ASOCIACIONES MIEMBRO para la utilización de sus datos personales a efectos de los fines de la Federación/Asociación. Estos datos no se podrán utilizar para otras finalidades de aquellas para las que fueron recogidas, conforme a lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

FIRMA: \_\_\_\_\_ PADRE/MADRE

FECHA: \_\_\_\_\_