

www.centromondolirondo.com

info@centromondolirondo.com

611500643

**INSCRIPCIÓN PARA OCIO TERAPÉUTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del niño/a |  |
| Nombre completo del tutor/a |  |
| DNI |  | Fecha de nacimiento |  |
| Teléfono |  | Mail |  |
| Dirección |  | Código postal |  |
| Ciudad |  | Provincia |  |
| Alergias |  | Cómo nos has conocido |  |
| ¿Tiene diagnóstico relevante? (TEA, TGD, TDAH, etc) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué trimestre quieres venir? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firmado |  |

Deberá realizarse el pago de una señal de 50€ para reservar la plaza mediante pago con tarjeta en el centro o por transferencia a la cuenta bancaria: ES39 0182 7910 1802 0165 1868

Concepto: Ocio + Nombre completo del niño

Envía este documento junto con el comprobante de la transferencia a info@centromondolirondo.com

Si tienes cualquier duda puedes escribirnos por whatsapp o llamarnos al 611500643.