

www.centromondolirondo.com

[info@centromondolirondo.com](mailto: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](mailto:info@centromondolirondo.com)

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