

SIMPRESO SOLICITUD



DEL 15 AL 17 DE NOVIEMBRE DE 2023

Fecha

____ / ____ / ____

INFORMACIÓN :

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Población:

DNI:

Provincia:

Email:

OTROS DETALLES :

MOVILIDAD: Poca estabilidad, bastones, usuari@ de silla de ruedas, etc..

¿PERTENECE A FEDAES O A ALGUNA DE SUS ASOCIACIONES MIEMBROS?

Si la respuesta es afirmativa, indique a cuál

*Deberá ser acreditado por un certificado emitido por la entidad de la que es miembro. (Por ejemplo justificante de abono de las cuotas...)

ACOMPAÑANTE: NOMBRE, APELLIDOS Y DNI

EN CASO DE PADECER ALGÚN TIPO DE INTOLERANCIA O ALERGIA ALIMENTARIA DEBE INDICARLO AQUÍ

Firma: