

## Concello A Guarda

---

### SOLICITUDE DE PARTICIPACIÓN NO ESCAPE ROOM “ESTRELAS”

NOME DO GRUPO:

PERSOA SOLICITANTE: PERSOA RESPONSABLE DO EQUIPO (INTEGRANTE 1)

Nome:    apelidos:

DNI:    tfno:

Data nacemento                                  correo elect.:

SOLICITO PRAZA PARA:

INTEGRANTE 2:

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

DNI:

Tlfn

INTEGRANTE 3:

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

DNI:

Tlfn

INTEGRANTE 4:

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

DNI:

Tlfn

INTEGRANTE 5:

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

DNI:

Tlfn



## Concello A Guarda

---

AUTORIZO A TOMA DE IMAXES E REXISTRO  
DE SON:

Para a difusión e memoria de actividades

SI

NON

Informóuseme e acepto as bases e normas de  
funcionamento da actividade  
ESCAPE ROOM sobre Igualdade "ESTRELAS"

SI

NON

### DOCUMENTACIÓN:

Autorización no caso de menores non acompañados

Asdo:

A Guarda, a            de marzo de 2022