



Concello da Moi Hospitalaria Vila de Mondariz Balneario

ANEXO I. SOLICITUDE

ESCAPE ROOM *ESTRELAS*, MONDARIZ BALNEARIO POLA IGUALDADE 2022

NOME EQUIPO: PERSOA SOLICITANTE PERSOA RESPONSABLE (MAIOR DE IDADE) DO EQUIPO
Nome: Apelidos:
DNI: Telf: Mail:
Enderezo:
SOLICITO PRAZA PARA:
INTEGRANTE 1: Nome e apelidos: Data nacemento: DNI: Tfno:
INTEGRANTE 2: Nome e apelidos: Data nacemento: DNI: Tfno:
INTEGRANTE 3: Nome e apelidos: Data nacemento: DNI: Tfno:
INTEGRANTE 4: Nome e apelidos: Data nacemento: DNI: Tfno:
INTEGRANTE 5: Nome e apelidos: Data nacemento: DNI: Tfno:

AUTORIZO A TOMA DE IMAXES E REXISTRO DE SON: Para a difusión e memoria de actividades		
--	--	--

