**GRUPO FAMILIAR**

Cabeza de familia (Nombre y apellidos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D. N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidad Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Nº** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **AÑO NAC.** | **D.N.I.** | **TELÉFONO**  | **PIE (1)** | **ESQUÍ (2)** | **SNOW (2)** | **ALERGIAS/INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS (3)** | **MEDICACIÓN (4)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **(1)** Indicar talla de calzado, para el alquiler de botas (de 32 a 48).

 **(2)** Indicar con un X la actividad que desea realizar (Esquí o Snow).

 **(3)** Indicar, en su caso, si tiene algún tipo de alergia o intolerancia alimentaria: gluten, lactosa, frutos secos, huevo, pescado, marisco, gramíneas, etc.

 **(4)** Indicar, en su caso, si está tomando algún tipo de medicación: para la diabetes, para el asma, etc.

 Solicita su inscripción y la de las personas relacionadas anteriormente en el Programa “Semana Blanca 2025” organizado por la Diputación de Segovia, y se compromete a cumplir las normas establecidas en las bases de la base de la convocatoria y en la presente hoja de inscripción.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_de\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025