

III ENCUENTRO ESTATAL DE DE HERMANOS/AS Y CUÑADOS/AS INSCRIPCIÓN

Nombre y apellidos:

Entidad: **CC.AA:**

Teléfono de contacto: **Mail:**

Relación con la persona con discapacidad: Hermano/a Cuñado/a Profesional

¿Necesitas alguna **dieta especial** (sin gluten, vegetariano...)
 No Sí, ¿Cuál?:

¿Tienes alguna **necesidad de movilidad** especial?
 No Sí, ¿Cuál?

En el Programa hay dos **espacios abiertos** para hablar de distintos temas. Por favor, ordénalos por orden de preferencia (poner letra correspondiente):
1º:
2º:
3º:
4º:

¿Estás interesado/a en recibir información de la Confederación relacionada con familias y el movimiento asociativo? No Sí

AUTORIZA a Plena inclusión a fotografiar o grabar en formato audiovisual al firmante de la presente y a utilizar las imágenes del mismo plasmadas en cualquiera de las fotografías o grabaciones tomadas al efecto por el autorizado, prestando por medio de la presente el consentimiento exigido al efecto por la Ley 1/1982 de 5 de mayo Protección Civil al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.
 No Sí

Firma:

DNI nº: