



plataforma representativa estatal
de discapacitados físicos

D./Dña. _____ ,

con D.N.I.: _____ ,

DECLARA

bajo su responsabilidad no padecer enfermedad infecto-contagiosa, ni presentar cualquier contraindicación por la que resulte perjudicial su participación en la estancia y tratamiento termal que solicita.

Y para que conste donde sea necesario, lo firmo

En _____ , a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: Nombre y apellidos: _____

SÓLO RELLENAR ESTE APARTADO LAS PERSONAS QUE LLEVEN ACOMPAÑANTE

D./Dña. _____ ,

con D.N.I.: _____ ,

SE COMPROMETE

en calidad de acompañante de D./Dña. _____ , a
ofecerle las ayudas y apoyos necesarios durante el viaje solicitado.

Y para que conste donde sea necesario, lo firmo

En _____ , a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: Nombre y apellidos: _____