

SOLICITUDE DE ACTIVIDADE ASISTIDA POR GUÍAS PARA VISITA AO CENTRO DE VISITANTES CAMBÓN PARA GRUPOS



Parque Nacional marítimo-terrestre das Illas Atlánticas de Galicia

Data:

| Datos para contacto | | | |
|---|---|-----------|--|
| Centro / Colectivo | | | |
| Enderezo: | | | |
| Localidade: | | Concello: | |
| Provincia: | | C.Postal: | |
| Teléfono: | | e-mail: | |
| Persoa de contacto: | | | |
| Datos para a organización da actividade | | | |
| Centros educativos | Curso / Nivel _____ Nº de aulas _____ Nº de nenos _____ <i>*Se participan persoas con necesidades especiais indíqueo:</i> Nº: _____ Tipo necesidade: _____ | | |
| Outros colectivos | Nº de participantes _____ Edades: _____ <i>*Se participan persoas con necesidades especiais indíqueo:</i> Nº: _____ Tipo necesidade: _____ | | |
| Previsión de datas | Indique as súas datas preferentes para a visita ao centro (teña en conta que se nos indica varias datas, será máis sinxelo adaptar a data de realización ás súas preferencias): _____ _____ _____ | | |
| Horario de chegada | <i>*O horario preferente de recepción de grupos é de 10:00 a 12:00, de luns a venres</i> | | |
| Observacións: | | | |