



DELEGACIÓN DE INFANTILES

CALENDARIO DE ACTIVIDADES A REALIZAR
DURANTE EL EJERCICIO 2017 – 2018

FEDERACIÓN /AGRUPACIÓN
FALLAS BENICALAP – CAMPANAR
(BENICAMPA)



Marcar con una (X) las actividades en las que os gustaría participar.

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | REDACCIÓN | <input type="checkbox"/> | AJEDREZ |
| <input type="checkbox"/> | DIBUJO | <input type="checkbox"/> | DAMAS |
| <input type="checkbox"/> | PINTURA AL OLEO | <input type="checkbox"/> | PARCHIS |
| <input type="checkbox"/> | TRIVIAL | <input type="checkbox"/> | FUTBOLIN |
| <input type="checkbox"/> | DECLAMACIÓN | <input type="checkbox"/> | PING-PONG |
| <input type="checkbox"/> | PLAY BACKS | <input type="checkbox"/> | CAMPO A TRAVES |
| <input type="checkbox"/> | LASER GAME | <input type="checkbox"/> | ATLETISMO |
| <input type="checkbox"/> | BAILE REGIONAL | <input type="checkbox"/> | BOLOS |
| <input type="checkbox"/> | TEATRO | <input type="checkbox"/> | ACAMPADA (80€Apróx) |
| <input type="checkbox"/> | DOMINO | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Nombre y Apellidos:

Fecha Nacimiento:

Telf. Fijo:

Telf. Móvil:

Nombre y Apellidos Padre/Madre/Tutor/a:

Correo Electrónico:

(Por favor rellenar todos los campos)

Valencia, a ____ de _____ de 2017

OBLIGATORIO

FIRMA MADRE O TUTORA Y FIRMA PADRE O TUTOR

--