

SOLICITUD DE ACTIVIDAD ASISTIDA POR GUÍAS para VISITA AL CENTRO DE VISITANTES CAMBÓN PARA GRUPOS



Parque Nacional marítimo-terrestre de las Islas Atlánticas de Galicia

Fecha:	
Datos para contacto	
Centro / Colectivo	
Dirección:	
Localidad:	Municipio:
Provincia:	C.Postal:
Teléfono:	e-mail:
Persoana de contacto:	
Datos para a organización da actividade	
Centros educativos	Curso / Nivel _____ Nº de aulas _____ Nº de niños _____ <i>*Si participan personas con necesidades especiales indíquelo:</i> Nº: _____ Tipo necesidad: _____
Otros colectivos	Nº de participantes _____ Edades: _____ <i>*Si participan personas con necesidades especiales indíquelo:</i> Nº: _____ Tipo necesidad: _____
Previsión de fechas	Indique sus fechas preferentes para la visita al centro (tenga en cuenta que si nos indica varias días será más sencillo adaptar la fecha de realización de la visita a sus preferencias): _____ _____ _____
Horario de chegada	<i>*El horario preferente de recepción de grupos es de 10:00 a 12:00, de lunes a viernes</i>
Observaciónes:	