

**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:	