

DATOS DE LOS docentes						
Nº	Nombre y apellidos del docente	Fecha de nacimiento**	D.N.I.	N.R.P.	Teléfono móvil de contacto	Correo electrónico
1						
2						
3						
4						
**Se requiere esta información para que la empresa aseguradorahaga efectiva la cobertura contratada						
(*) ACLARACIONES SOBRE LAS OBSERVACIONES						
Firma del Director y sello del centro		Firma del docente acompañante		Firma del docente acompañante		Firma del Orientador del centro

*Nota: Cada grupo de alumnos participantes estará compuesto por un número comprendido entre 20 alumnos como mínimo y 24 como máximo, respetando una edad máxima de 20 años.; a excepción de los grupos de alumnos con necesidades educativas especiales que estarán compuestos por 10 a 18 alumnos e incorporarán uno o dos profesores más.

Al contener información necesaria y primordial para el correcto funcionamiento de la ruta, la presente ficha debe cumplimentarse de manera correcta para ser considerada válida, de no ser así se reclamará el reenvío de la misma hasta ser considerada correcta. La firma de esta ficha implica el conocimiento y aceptación de las bases y normas de la convocatoria del Programa Rutas CAL.

*Todas las referencias para las que en este documento se utiliza la forma de masculino genérico deben entenderse aplicables, indistintamente, a cualquier género.