

ORGANIZA



CONCELLO DE ALFOZ

"PROGRAMA DE APERTURA DE CENTROS  
FÓRA DE HORARIO LECTIVO"  
CURSO 2025-2026



O Concello de Alfoz pretende favorecer a conciliación familiar a través do Programa de Apertura de Centros Educativos Fóra de Horario Lectivo mediante a oferta de "Madrugadores" antes da inicio das clases no colexio e Ocio-Estudio (OES) tras a finalización das mesmas.

INFORMACIÓN

DURACIÓN DO PROGRAMA:

Desde o 8 de setembro 2025 ata o remate do curso en xuño 2026.

HORARIOS:

MADRUGADORES: desde o 8 de setembro de luns a venres de 7:30h a 9:30h

OES: desde o 8 de setembro de luns a venres, nos meses de setembro e xuño en horario de 15:30h a 19:00h. E de outubro a maio de luns a venres de16:00 a 19:00.

SETEMBRO - XUÑO

- 7:30-9:30 Madrugadores.
- 15:30-16:15 Recepción e xogo libre vixiado.
- 16:15 -16:45 Merenda.
- 16:45- 17:45 Tarefas escolares e técnicas de estudio.
- 17:45- 19:00 Tempo de ocio con obradoiros e xogos.

OUTUBRO - MAIO

- 7:30-9:30 Madrugadores.
- 16:00-16:45 Recepción e xogo libre vixiado.
- 16:45-17:15 Merenda.
- 17:15- 18:15 Tarefas escolares e técnicas de estudio.
- 18:15- 19:00 Tempo de ocio con obradoiros e xogos.

CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA:

- Máximo 20 alumnos simultáneos.
- Mínimo 5 alumnos.
- Prazas por orde de inscrición.
- Os participantes levarán a propia merenda.
- Comenzo o 8 de setembro.

TELÉFONO DE INFORMACIÓN:658480410 (Paloma)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                  |       |                                                    |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|-------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| APELIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| D.N.I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | DATA NACEMENTO   |       |                                                    |                                                    |
| NOME DO PAI/NAI<br>OU TUTOR/A LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| D.N.I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| ENDEREZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| LOCALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      | CÓDIGO<br>POSTAL |       |                                                    |                                                    |
| TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| E-MAIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| PERSOAS AUTORIZADAS PARA RECOLLER AO ALUMNO/A                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| D.N.I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | TELEFONO         |       |                                                    |                                                    |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| D.N.I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | TELÉFONO         |       |                                                    |                                                    |
| PATOLOXÍAS COÑECIDAS<br>(ALERXIAS,ENFERMEDA<br>DES CRÓNICAS, ETC)                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| MARCA CON UN X A ACTIVIDADE QUE DESEXAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| MARCAR O DÍA/S DA<br>SEMANA QUE ASISTIRÁ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | LUNS | MARTES           | MÉRC. | XOVES                                              | VENRES                                             |
| MADRUGADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| OES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| AUTORIZA DE FORMA EXPRESA a marchar só/a á saída o programa<br>(sempre que teña cumpridos os 10 ou máis anos).                                                                                                                                                                                                              |      |                  |       |                                                    | SI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| O Concello de Alfoz e a empresa adxudicataria, responsables das actividades, dispoñen do meu consentimento expreso polo que poderán utilizar imaxes fixas e en movemento tomadas no transcurso da participación do meu fillo/a nestas actividades e facer uso delas nas súas respectivas tarefas de información e difusión. |      |                  |       | SI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |                                                    |
| Alfoz, __ de _____ de 20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                  |       |                                                    |                                                    |
| Sinatura da/o nai/pai ou titor/a legal.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                  |       |                                                    |                                                    |

CORTAR POR AQUI PARA ENTREGAR