***LLAMAMIENTO PARA EL DISEÑO DE LA IMAGEN GRÁFICA***

***DEL 20 ANIVERSARIO DEL CCEB***

**FORMULARIO ANEXO DE INSCRIPCIÓN PARA MENORES DE EDAD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título de la obra \*** | Escriba aquí el título de la obra | | | |
| **Pseudónimo \*** | Escriba aquí su Pseudónimo | | | |
| **Nombre \*** | Escriba su nombre aquí | | | |
| **Apellidos \*** | Escriba sus apellidos aquí | | | |
| **Número de D.I.P o Pasaporte** |  | Escriba aquí su número de D.I.P. | | |
|  | Escriba aquí su número de Pasaporte | | |
| **Fecha de nacimiento \*** | Indique su fecha de nacimiento | | | |
| **Edad \*** | Edad | | **Sexo** | Elija una opción |
| **Nacionalidad \*** | Escriba aquí su nacionalidad | | | |
| **Teléfono de contacto \*** | Escriba aquí su número de teléfono | | | |
| **Correo electrónico** | Escriba aquí su correo electrónico | | | |

**TUTOR/A LEGAL QUE AUTORIZA LA INSCRIPCIÓN DEL MENOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre \*** | Escriba su nombre aquí | |
| **Apellidos \*** | Escriba sus apellidos aquí | |
| **Teléfono de contacto \*** | Escriba aquí su número de teléfono | |
| **Correo electrónico** | Escriba aquí su correo electrónico | |
| **Número de D.I.P. o Pasaporte \*** |  | Número de D.I.P. |
|  | Número de Pasaporte |
| **Como tutor/a legal autorizo a** Nombre del menor **la presentación de su diseño, así como acepto las condiciones establecidas en las Bases del Concurso. \*** | | |

**Los campos en los que aparece el símbolo asterisco \* hay que cumplimentarlos de manera obligatoria**