



# predif

plataforma representativa estatal  
de discapacitados físicos

D./Dña. \_\_\_\_\_ ,  
con D.N.I.: \_\_\_\_\_ ,

## DECLARA

bajo su responsabilidad no padecer enfermedad infecto-contagiosa, ni presentar cualquier contraindicación por la que resulte perjudicial su participación en la estancia y tratamiento termal que solicita.

Y para que conste donde sea necesario, lo firmo

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo.: Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

---

## SÓLO RELLENAR ESTE APARTADO LAS PERSONAS QUE LLEVEN ACOMPAÑANTE

D./Dña. \_\_\_\_\_ ,  
con D.N.I.: \_\_\_\_\_ ,

## SE COMPROMETE

en calidad de acompañante de D./Dña. \_\_\_\_\_ , a  
ofecerrle las ayudas y apoyos necesarios durante el viaje solicitado.

Y para que conste donde sea necesario, lo firmo

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo.: Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_