

A omplir pel  
Concurs Bíblic

Codi Concurs:

Codi Centre:

\*Demana al responsable de tractament de dades que tracti tota la informació que he facilitat només per la finalitat de Concurs Bíblic de Catalunya i atorgo el consentiment perquè, d'acord amb la informació que he rebut, elabori la informació que calgui amb el benentès que puc exercir tots els meus drets i revocar aquest consentiment sense cap més condició, dirigint-me per escrit a grupavant@concursbiblic.com

**Ompliu les vostres dades i adjunteu aquesta fitxa amb els treballs dels vostres alumnes**

**Ajuda'ns a millorar el Concurs Bíblic - Feu les vostres propostes darrera d'aquesta fitxa**

## FITXA DEL CENTRE PARTICIPANT

### DADES DEL CENTRE ESCOLAR O PARRÒQUIA:

Nom:

Adreça:

Codi postal:

Població:

Província:

Telèfon:

E-mail:

Web:

BISBAT:

### DADES PERSONA DE CONTACTE:

Nom:

Càrrec:

Contacte:

Signatura\*

### NOMBRE DE PARTICIPANTS:

	Inicial	Bàsic	Dibuix	Treball Informàtic	
1a Categoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2a Categoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3a Categoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4a Categoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Participants amb grau de discapacitat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Grup A				<input type="text"/>	
Grup B				<input type="text"/>	
Grup C				<input type="text"/>	
<b>TOTALS</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### NOMS DELS ALUMNES PARTICIPANTS AMB GRAU DE DISCAPACITAT:

(segons la Guia per al Professorat)

S'adjunta justificant

1 .....

2 .....

3 .....