

D./Dña.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

en calidad de--------------------------------------------------------------------------------------------------------

del Centro escolar--------------------------------------------------------------------------------------------------

situado en------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Teléfono de contacto---------------------------------------------------------------------------------------------

Email-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SOLICITA**

**Visita guiada al Puerto de Santa Cruz de Tenerife para:**

Curso/nivel----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Número de alumnos----------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha elegida-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha alternativa--------------------------------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024/25

Firmado:

Remitir la solicitud al email: protocolo@puertosdetenerife.org

Consultas y aclaraciones: tfno.: 922605521. Referencia: VISITAS ESCOLARES