

INFORME PARA PROGRAMAS DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL DE MENORES EXTRANJEROS

COMPROMISO DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CENTRO

1 PROGRAMA DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL DE MENORES EXTRANJEROS	
DENOMINACIÓN	
FINALIDAD (VACACIONES, TRATAMIENTO MÉDICO O ESCOLARIZACIÓN)	
NÚMERO DE MENORES DESPLAZADOS POR SEXO: Nº DE NIÑAS: Nº DE NIÑOS:	PAÍS DE ORIGEN
FECHA DE LLEGADA	FECHA DE REGRESO

2 DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CENTRO		
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE
DIRECCIÓN		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C.POSTAL
TELÉFONO	MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

3 DATOS DEL CENTRO		
DENOMINACIÓN		
DIRECCIÓN		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C.POSTAL
TELÉFONO	MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

4 RELACIÓN DE MENORES	
1	10
2	11
3	12
4	13
5	14
6	15
7	16
8	17
9	18

5 DURACIÓN DE LA ESTANCIA	
Del de de Al de de	



0 0 1 5 1 2 / 1

6 DECLARACIÓN Y COMPROMISO, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante, como responsable del centro reconoce que ha recibido la información necesaria por parte de la entidad promotora del programa de desplazamiento temporal acerca del contenido y desarrollo del programa, así como de los menores que van a desarrollar la estancia en el centro. Se compromete al alojamiento, manutención y atención integral de los menores, respetando sus costumbres y creencias, a comunicar a la Entidad cualquier incidencia que le ocurra a los menores durante la estancia en el Centro, a facilitar durante su estancia el contacto con su entorno, así como a favorecer su regreso a su país de origen, poniéndolos a disposición de la entidad promotora, en las fechas previstas en el programa.

En a de de

EL/LA RESPONSABLE DEL CENTRO

Fdo.: