

**INFORME PARA PROGRAMAS DE DESPLAZAMIENTO TEMPORAL DE MENORES EXTRANJEROS
RELACIÓN DE MENORES Y FAMILIAS GUARDADORAS**

DATOS DEL PROGRAMA DE DESPLAZAMIENTO			
DENOMINACIÓN:		FINALIDAD (vacaciones, tratamiento médico o escolarización):	
NÚMERO DE MENORES:	Nº DE NIÑAS:	Nº DE NIÑOS:	PAÍS DE ORIGEN
FECHA DE LLEGADA:		FECHA DE SALIDA	

	DATOS DEL MENOR		DATOS DE LA FAMILIA GUARDADORA	
Nº	NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR	SEXO ☐ Varón ☐ Mujer	NOMBRE Y APELLIDOS DEL/ DE LA GUARDADOR/A	SEXO ☐ Varón ☐ Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRE Y APELLIDOS DEL / DE LA GUARDADOR/A	
	PROCEDENCIA (FAMILIA/CENTRO)		TELÉFONO DE CONTACTO	
	DIRECCIÓN DEL MENOR EN EL PAÍS DE ORIGEN		DIRECCIÓN	
	TELÉFONO DE CONTACTO EN EL PAÍS DE ORIGEN		MUNICIPIO Y LOCALIDAD	
Nº	NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR	SEXO ☐ Varón ☐ Mujer	NOMBRE Y APELLIDOS DEL/ DE LA GUARDADOR/A	SEXO ☐ Varón ☐ Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRE Y APELLIDOS DEL / DE LA GUARDADOR/A	
	PROCEDENCIA (FAMILIA/CENTRO)		TELÉFONO DE CONTACTO	
	DIRECCIÓN DEL MENOR EN EL PAÍS DE ORIGEN		DIRECCIÓN	
	TELÉFONO DE CONTACTO EN EL PAÍS DE ORIGEN		MUNICIPIO Y LOCALIDAD	

(Sello de la entidad) En a de de
EL/LA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD PROMOTORA

