

## VISITA CONCERTADA DE CENTROS EDUCATIVOS

SOLICITUD DE RESERVA

### DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO

NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	<b>C.P.:</b>
TELÉFONO:	<b>FAX:</b>
E-MAIL:	
NOMBRE DEL TUTOR/A:	
CURSO/S SOLICITANTE/S:	
NÚMERO DE ALUMNOS:	

### PROGRAMACIÓN DE VISITAS

Señale con una equis la opción u opciones preferentes

#### Jueves 14 de abril

- 10:00 h.     13:00 h.  
 10:30 h.     14:00 h.  
 11:00 h.     15:30 h.  
 11:30 h.     16:30 h.  
 12:00 h.     17:30 h.

#### Viernes 15 de abril

- 10:00 h.     13:00 h.  
 10:30 h.     14:00 h.  
 11:00 h.     15:30 h.  
 11:30 h.     16:30 h.  
 12:00 h.     17:30 h.

#### Sábado 16 de abril

- 10:00 h.  
 11:00 h.  
 12:00 h.  
 13:00 h.  
 14:00 h.

### NORMAS GENERALES A TENER EN CUENTA POR LAS VISITAS CONCERTADAS

1. La Organización no aceptará ninguna visita que no presente el **fax de confirmación** en la entrada del Parque Ferial.
2. En el fax de confirmación de visitas se indicarán las **puertas de acceso** al pabellón así como la metodología a seguir para el desarrollo de la visita.
3. Cada visita durará un máximo de **dos horas**.
4. El grupo escolar deberá estar acompañado en todo momento por un **profesor tutor** siendo éste responsable del mismo.
5. La entrada es **gratuita**.
6. El número máximo de visitantes por centro será de **250 personas**.

### DATOS DE INTERÉS

1. Envíe esta solicitud al nº de **FAX.- 91 506 30 81** a nombre de "VI FERIA Madrid por la Ciencia. Reserva de Visitas".
2. El plazo de recepción de estas solicitudes termina el 11 de abril de 2005.
3. Esta solicitud preferente carece de validez si no va acompañada del fax de confirmación.
4. Para cualquier información adicional puede dirigirse al teléfono nº 91 506 30 80, ext. 208, de lunes a jueves, de 10:00 h. a 14:00 h. y de 16:00 h. a 19:00 h.; y viernes de 10:00 h. a 14:00 h.

En....., a ..... de ..... de 2005

Firma y sello del solicitante

Firmado: .....