



DATOS PERSONALES DEL RESPONSABLE :

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I. /C.I.F
DOMICILIO		
CORREO ELECTRÓNICO		
POBLACION	CODIGO POSTAL	TELEFONO

SOLICITA :

Participar en la modalidad de (táchese lo que proceda):

- ☐ Individual y/o pareja.
- ☐ Infantil/Juvenil
- ☐ Adultos grupos
- ☐ Asociaciones y Colectivos

Disfraz/Tipo:

En la Gran Cabalgata de Disfraces 2026, que tendrá lugar el día 21 de febrero, a las 17:00 horas, desde la Explanada del Piojito hasta la Plaza de España, conociendo las condiciones establecidas en las bases publicadas por el Ayuntamiento y comprometiéndose al cumplimiento riguroso de las normas.

Conil de la Frontera a ____ de _____ de 2026.
El/la Solicitante

Alcaldia-Presidencia del Ayuntamiento de Conil de la Fra.

Plaza Constitución, nº 1 Conil de la Fª. (Cádiz) Teléfs.:956/44.03.06

S
O
L
I
C
I
T
U
D