

MARCAR CON UNA " X "

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
17:00-18:00					
18:00-19:00					

Las plazas se adjudicarán según el orden de inscripción.

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	
F.NACIMIENTO	/ /	CURSO Y COLEGIO			
NUM. TARJETA SEG. SOCIAL					
POBLACION				C.P.	
NOMBRE Y TFNO.DEL PADRE / MADRE O TUTOR					
Email (EN MAYUSCULAS)					
OBSERVACIONES: MEDICAS, PSICOLÓGICAS, ALIMENTARIAS, FISICAS					
NUMERO DE CUENTA(IBAN)					

PERMISOS

Como padre/madre o tutor/a doy permiso a mi HIJO/A a participar en :“Extraescolar 2018-2019” así como a participar en las diferentes actividades preparadas por la organización aceptando las condiciones.

Fecha:

Firma

**Esta matrícula se debe enviar escaneada a:
txiribueltaescalada@hotmail.com / + INFORMACION: 665110093
El pago domiciliado se realizará el primer día de cada mes.**