



Instrucciones:

Rellenar el formulario y entregar en el local del AMPA, realizando el pago en efectivo. O realizar pago por transferencia y enviar justificante por correo o en buzón junto formulario.

FORMULARIO DE ALTA DÍA(S) SIN COLE

Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> o Tutor/a <input type="checkbox"/> (marcar con una X la opción correcta)		Soci@ AMPA <input type="checkbox"/> (marcar si procede)	
Apellidos		Nombre	Teléfonos contacto
DNI o NIE	Correo electrónico	Dirección	

El/la abajo firmante autoriza a sus hij@s a realizar la actividad programada para el día sin cole

Apellidos	Nombre	Fecha nacimiento	Curso	Enfermedades, alergias y/o necesidades específicas

Fecha (Indique las fechas que desea contratar)	Primeros del cole (SI/NO)	Coste Día Sin Cole: __€: <input type="checkbox"/> soci@s + Primeros del cole: __€ <input type="checkbox"/> soci@s x __hij@s
Total Importe Cobrado	 €

Madrid, ___ de _____ de 20__

He leído y acepto las normas del Servicio Día Sin Cole

Fdo.: Madre, Padre o Tutor/a



JUSTIFICANTE DE PAGO DÍA SIN COLE _____ Nº de inscritos / Código inscripción:

Madrid, ___ de _____ de 20__

D./Dª entrega al AMPA CEIPSO El

Greco la siguiente cantidad:

Día Sin Cole: __€: soci@s + Primeros del cole: __€ soci@s x __hij@s x __día(s) =

Total Importe Pagado _____ €