



**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 junto con este 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
<b>Total Importe Cobrado</b>		..... €

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 \_\_\_\_\_ €**

