SUMMER CAMP ALCASTE 2019

FOTO

ALUMNO/A……..

FECHA DE NACIMIENTO …….

COLEGIO …….

CURSO FINALIZADO ……..

ASISTENCIA: UNA SEMANA ☐ DOS SEMANAS ☐ TRES SEMANAS ☐

CUATRO SEMANAS ☐ CINCO SEMANAS ☐ 29, 30 y 31 JULIO ☐

DESDE EL DÍA ☐ HASTA EL DÍA ☐

AUTOBÚS: SI ☐ NO ☐

PARADA IDA …….. PARADA VUELTA ……..……

GUARDERÍA: SI ☐ NO ☐ **COMEDOR:** SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL PADRE ……..……..…… NOMBRE DE LA MADRE ……..……

MAIL ……..…….. MAIL ……..……

TELÉFONO DE CONTACTO ..…… TELÉFONO DE CONTACTO ..……

DOMICILIO FAMILIAR ….……..

IBAN ☐☐☐☐ BANCO / CAJA ☐☐☐☐

SUCURSAL ☐☐☐☐

DÍGITO DE CONTROL ☐☐

Nº CUENTA DE CARGO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA ……..……

Ruego que con cargo a mi cuenta expresada, se cargue recibo librado por Asociación Centros Riojanos Educativos.

Firma