

DATOS DEL ALUMNO

Apellido 1º..... Apellido 2º..... Nombre.....
Fecha de nacimiento..... /..... /..... Curso ____ (__) ED. INFANTIL

Domicilio.....
Cód. Postal..... Población..... Provincia.....
Teléfono 1..... Teléfono 2..... Email.....
Banco/Caja..... Nº cuenta IBAN _____
Titular de la cuenta N.I.F del titular _____

SÍ, AUTORIZO al ANPA BIDUEIRO, del C.E.I.P. Isidro Parga Pondal (Oleiros), a ceder los siguientes datos (Nombre, Apellidos, Curso, Email y Teléfonos de contacto) a ACTIVIDADES FORMATIVAS, S.L. (ACTIVA) a efectos de control de presencia y contacto con familias.

Indica las actividades y horarios deseados:

ACTIVIDAD	Días	Horario

FECHA DE INICIO: Septiembre Octubre

Autorización de recogida del alumno/a:

PERSONA AUTORIZADA y PARENTESCO	DNI

CONSIDERACIONES DEL ALUMNO/A a tener en cuenta:

Fecha:

Firma del padre/madre/tutor/a