

## EXTRAESCOLAR FULL D' INSCRIPCIÓ

NOM: COGNOMS:

ESCOLA: CURS:

Nº TARJETA SANITARIA:

ADREÇA:

POBLACIÓ:

NOM DEL PARE/MARE:

TELÈFONS DE CONTACTE:

DADES BANCARIES:

TITULAR: DNI:

ENTITAT OFICINA DC Nº DE COMPTE

AUTORITZO LA DOMICILIACIO DE REBUTS A LA COMPTE SENYALADA

FIRMA

Observacions (malaltia, intolerància, al·lèrgia, etc. a tenir en compte per les monitores):

PREU 13€ AL MES

PAGAMENT MENSUAL

EN CAS DE DEVOLUCIÓ DEL REBUT LES DESPESES DE LA DEVOLUCIÓ ANIRÀ A CÀRREC  
DELS PARES

