



Nom		
Cognoms		
Data de naixement	Categoria	
DNI	Núm. SS	
Adreça		
Població	Codi Postal	
Telèfons		
Correu electrònic		
Escola / Institut		
Dies (dos dies a escollir - benjamins i alevins)		
<input type="checkbox"/> Dilluns	<input type="checkbox"/> Dimecres	<input type="checkbox"/> Divendres

FORMA DE PAGAMENT

Pagament fraccionat (quotes trimestrals a l'octubre - gener - abril)

Pagament únic al setembre

Jo amb DNI

com a pare/mare/tutor de

em comprometo a vetllar per la seva i la nostra assistència al curs, col·laborant en tot el possible.

També autoritzo que:

- > Els monitors/es portin el meu fill als serveis sanitaris corresponents i prenguin les mesures necessàries
- > Es facin públiques imatges del meu fill/a fetes per l'organització, en el marc de l'activitat.

Signatura del pare, mare, tutor/a