



TORRE de SOMNIS ACTIVITATS EXTRAESCOLARS

2016/2017

Totes les activitats són de 16.30 a 17.45

Han de portar el berenar

CURS _____	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
ACTIVITATS					

Nom i Cognoms _____

Curs _____ Data de naixement _____ Nacionalitat _____

Núm Seguretat Social _____

Nom _____

Telèfon fix _____ Mòbil _____ / _____

E-mail _____

ORDRE DE PAGAMENT

Nom del titular _____

Autoritzo el pagament dels rebuts que presenti TORRE de SOMNIS en concepte d'activitats extraescolars curs 2016 – 2017

BANC / CAIXA _____

IBAN ENTITAT OFICINA DC COMPTE CORRENT

Jo _____ amb DNI _____

com a pare/mare/tutor legal de _____ del curs _____

autoritzo que: (senyaleu la opció/ns desitjades)

- El meu fill/a marxi sol/a a casa una vegada finalitzades les activitats
- El meu fill/a pugui ser enregistrat fotogràficament per penjar aquestes fotos a la web de l'escola
- En cas esporàdic, el pugui recollir _____ amb DNI _____

Observacions (malalties, al·lèrgies, enfermetats...)

Signatura: