



TORRE de SOMNIS

ACTIVITATS EXTRAESCOLARS



Ajuntament
de Castelldefels

| 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 ESCOLA de SOMNIS en concepte d'activitats extraescolars

BANC / CAIXA _____

IBAN ENTITAT OFICINA DC COMPTE CORRENT

Jo, com a pare/mare/tutor autoritzo que:

- El meu fill marxi sol a casa una vegada acabades les activitats.
- El meu fill surti a les fotos/videos del taller i es puguin penjar a la web de l'escola.
- En cas de no poder venir jo a buscar-lo/la marxi amb:
(nom i DNI) _____

Observacions (intoleràncies, al·lèrgies, malalties...):

Signatura: