



## FULL D'INSCRIPCIÓ 2016-2017

### FULL D'INSCRIPCIÓ ACTIVITAT EXTRAESCOLAR INFANTIL

A OMLIR PER L'AMPA

CODI ALUMNE	
DATA D'ALTA	
DATA DE BAIXA	

#### DADES ALUMNE

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DATA NAIXEMENT : \_\_\_\_\_ CURS : \_\_\_\_\_

ADREÇA : \_\_\_\_\_

POBLACIÓ: \_\_\_\_\_

TELÈFONS : \_\_\_\_\_

ADRECES ELECTRÒNIQUES: \_\_\_\_\_

#### ACTIVITAT EXTRAESCOLAR (omplir un full per cada activitat extraescolar)

ACTIVITAT : \_\_\_\_\_ DIA DE LA SETMANA : \_\_\_\_\_

#### DADES BANCÀRIES

TITULAR DEL COMPTE: \_\_\_\_\_

ENTITAT \_\_\_\_\_ OFICINA \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ NÚMERO COMPTE \_\_\_\_\_

Autoritzo a l'AMPA Escola Sobirans, el cobrament de les quotes de l'activitat escollida en aquest número de compte. L'impagament d'una de les quotes comportarà la baixa automàtica del servei.

Autoritzo a l'AMPA Escola Sobirans, notificar-me qualsevol informació relacionada amb l'activitat a través del meu correu electrònic.

Signatura titular del compte:



**AUTORITZACIONS**

**AUTORITZACIÓ ASSISTÈNCIA**

Jo, en/na.....amb  
DNI....., Pare  Mare  Tutor/a , autoritzo el meu  
fill/filla.....del curs .....  
a que assisteixi a aquesta activitat extraescolar i cedeixo les dades de l'alumne per a  
poder tramitar la subvenció d'activitats extraescolars.

Signatura del pare/mare/tutor:

**AUTORITZACIÓ TRASLLAT A CENTRE SANITARI**

Jo, en/na..... amb  
DNI....., Pare  Mare  Tutor/a , autoritzo el responsable de  
l'activitat a traslladar el meu fill/filla.....  
a un centre sanitari en cas d'urgència.

Signatura del pare/mare/tutor/a: