

Nº SOCIO AMPA

|  |
| --- |
| C.E.I.P.: |
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A: |
| ACTIVIDAD ELEGIDA: |
| FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: |
| TELÉFONOS DE CONTACTO 1º:TELÉFONOS DE CONTACTO 2º: |
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA: |
| DIRECCIÓN:EMAIL: |
| DATOS BANCARIOSNombre de la entidad financiera IBAN\_ \_ \_ \_ Entidad \_ \_ \_ \_ Sucursal \_ \_ \_ \_ DC \_ \_ Cuenta \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_Titular de La cuenta  |
| ALERGIAS:  |

**Firma**