

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 BANCARIOS  Nombre de la entidad financiera  IBAN\_ \_ \_ \_ Entidad \_ \_ \_ \_ Sucursal \_ \_ \_ \_ DC \_ \_ Cuenta \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Titular de La cuenta |
| ALERGIAS: |

**Firma**