



INSCRIPCIÓN SERVICIO DE ACOGIDA

ES NECESARIO QUE RELLENES ESTA INSCRIPCIÓN Y LA ENTREGUES EN EL BUZÓN DE LA ASOCIACIÓN ,
POR MAIL ampamenendezpidal@gmail.com antes del viernes 21 de septiembre

El horario del servicio de acogida es de 7 a 9 de la mañana, durante todo el curso

El PRECIO del servicio de acogida para este CURSO 2018-2019 es el siguiente Debéis marcar una opción:

- De 7 a 9 horas: Socios: 60€/ mes 1er hijo, 53€/mes el 2º hijo, 46€/mes el 3º hijo y siguientes
No socios: 66€/mes
- De 8 a 9 horas: Socios: 47 €/ mes
No socios: 53 €/ mes
- De 8:30 9 horas: (sin desayuno): socios: 30 €/ mes
No socios: 36 €/ mes
- Días sueltos o fuera del horario elegido: 4,50 €/ día
No socios: 6 €/ día

Para los meses de SEPTIEMBRE y JUNIO los precios son los siguientes:

- De 7 a 9 horas: Socios: 41€/ mes
No socios: 47€/mes
- De 8 a 9 horas: Socios: 31 €/ mes
No socios: 37 €/ mes
- De 8:30 9 horas: (sin desayuno): socios: 21 €/ mes
No socios: 27 €/ mes
- Días sueltos o fuera del horario elegido: 4,50 €/ día
No socios: 6 €/ día

FORMA DE PAGO: mediante **DOMICILIACIÓN BANCARIA**. No se acepta pago en efectivo

Este servicio se cobrará a mes vencido, entre el día 1 y el día 10 del mes siguiente

Para los alumnos que usen el servicio de forma esporádica, el padre o madre debe firmar en la planilla que le facilitará el personal al dejar al niño y además, en caso de no ser socio del AMPA, facilitara nº de teléfono y datos bancarios Al mes siguiente se les cobrará en función del número de días que haya utilizado el servicio.



Recordamos que los alumnos que no estén al corriente de pago NO podrán hacer uso de este servicio, por lo que el personal de este servicio les denegará el acceso.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR:

.....

TELÉFONOS DE CONTACTO: /

E-MAIL:

APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS:

AÑO

NACIMIENTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATOS BANCARIOS:

IBAN ENTIDAD OFICINA D.C. Nº CUENTA

APELLIDOS Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:

.....

Firma del titular de la cuenta:

INDICAR SI SUS HIJOS PADECEN ALGUNA ALERGI A Y DE QUÉ TIPO

NOMBRE DEL ALUMNO:

TIPO DE ALERGI A:

NOMBRE DEL ALUMNO:

TIPO DE ALERGI A:

NOMBRE DEL ALUMNO:

TIPO DE ALERGI A:

HE LEÍDO Y ACEPTO LAS NORMAS DEL SERVICIO DE ACOGIDA