



AMPA BESALÚ

Associació de Mares
i Pares d'Alumnes
Institut Escola
Salvador Vilarrasa

Pg. Pare Pujiula, 29
Tel. 972 590109
ampa@besalu.cat
http://ampa.besalu.cat

FULL D'INSCRIPCIÓ AL SERVEI D'ACOLLIDA MATINAL

.....,
pare, mare o tutor/a, amb DNI núm. inscriu el meu fill/a al
servei d'acollida matinal organitzat per l'AMPA IE Salvador Vilarrasa de Besalú.

Nom i cognoms de l'alumne:

Data de naixement: Edat: Curs:

Adreça: Població:

Telèfon: Telèfon localització immediata:

Pateix alguna malaltia (al·lèrgia)?

Pren algun medicament?

Signatura del pare, mare o tutor o tutora

IMPRES DE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

(si és el mateix n° que l'any passat només cal que ens ho confirmem)

En/Na.....

amb DNI, com a pare, mare o tutor/a de l'alumne

.....,

del curs **SOL·LICITO** que els rebuts corresponents al servei
d'acollida matinal que ofereix l'AMPA em siguin domiciliats al núm. de compte:

IBAN : ES ___

Entitat: ___ Sucursal: ___ DC ___ Compte _____

DADES TITULAR DEL COMPTE:

Nom i cognoms:.....

Adreça.....

Telèfon..... @-mail

Signatura del pare, mare o tutor o tutora

..... de/d' de 201....