GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Educación, Cultura y Deporte

ROSALES del CANAL CEIP AMPA

PADRE, MADRE O TUTOR DEL ALUMNO_____

NOMBRE ALUMNO (1)_____CURSO_____

NOMBRE ALUMNO (2)_____CURSO_____

NOMBRE ALUMNO (3)_____CURSO_____

NOMBRE ALUMNO (4)_____CURSO_____

DOMICILIO_____

TELEFONO DE CONTACTO_____

E- MAIL_____

Solicitamos ser inscritos en la asociación de padres y madres de alumnos "Rosales del Canal". Por ello autorizamos al A.M.P.A. "Rosales del Canal" a cargar la correspondiente cuota anual al número de cuenta:

Número de cuenta incluyendo el IBAN

| E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

NIF TITULAR DE LA CUENTA_____

TITULAR DE LA CUENTA_____

Zaragoza, a_____de_____de_____

Firma del padre, madre o tutor