



Con el fin de organizar el Servicio de Ludotardes rellenad este formulario para que indiquéis vuestras necesidades.

1º Tutor/a _____ DNI _____

2º Tutor/a _____ DNI _____

Telf. Contacto _____ / _____ / _____

El/la alumn@ _____ curso: _____

El/la alumn@ _____ curso: _____

El/la alumn@ _____ curso: _____

desea utilizar el Servicio de Ludotardes y por ello solicita plaza para (marque la opción elegida):

TARDES	JUNIO	SEPTIEMBRE
15:00-16:00	40€	40€
15:00-17:00	50€ con merienda	50€ con merienda
2 días a la semana 30€/mes	Día suelto 2h 5,20€	Día suelto 1h 4€

INFORMACION IMPORTANTE DEL PARTICIPANTE:

*MÉDICA: _____

*PERSONAL: _____

IMPORTANTE

Estos precios son para socios del AMPA, **no socios** tienen un incremento de **3 euros más**.

*La **reserva** consta de **5€**.

***Los pagos** se realizarán **del 1 al 5 de cada mes**

***Las cuotas solo se devolverán por causas JUSTIFICADA** de enfermedad de larga duración

***Transferencia bancaria:** Geroguary S.L. ES58 0182 0874 7602 0157 7467

Indicando: colegio y nombre del alumno/a.

***Más información:** + geroguaysilviabarcelo@gmail.com

+Whatsapp 673534020 (Silvia)