



DECLARADA DE UTILIDAD
PUBLICA MUNICIPAL

AMPA — Asociación de Madres y Padres de Alumnos/as

C.E.I.P. Joaquín Costa (Madrid)

Nº SOCIO:

(imprescindible)

INSCRIPCION EN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

Es imprescindible indicar el **número de socio**. Si aún no eres socio, entrega en el local del A.M.P.A. el **impreso de alta** debidamente cumplimentado. Podrás encontrar este impreso en nuestra página web, ampajoaquincosta.com y en el local del A.M.P.A.

Debes rellenar un impreso de **inscripción por cada alumno y actividad**. **No se hacen reservas**. Presentando este impreso firmado, tanto tú (padre/madre/tutor(a)) como el alumno **aceptáis las normas** de las actividades extraescolares (disponibles en nuestra página web y en el local del A.M.P.A.). Si la **actividad** se desarrolla a **mediodía**, igualmente aceptáis el compromiso de **permanencia del alumno en el mismo turno de comedor** durante todo el curso.

En caso de no haber plazas disponibles en la actividad y turno especificados, el alumno estará en **lista de espera** con un número de orden (indicado en tu resguardo) que respetamos rigurosamente. En caso de quedar plazas libres más adelante, nos pondremos en contacto contigo por teléfono (asegúrate de que mantienes tus datos de contacto actualizados).

CON ESTA SOLICITUD ACEPTAS EL COBRO DE LA PRIMERA MENSUALIDAD A PRIMEROS DE SEPTIEMBRE

Nombre del alumno:	Apellidos del alumno:	
Actividad:	Días, horario:	Curso que va a realizar: (sin letra)
Nº en lista de espera:	BIBLIOTECA (solo si tiene actividad a 2ª h) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRASLADOS (solo infantil) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fecha: / / 20

Firma padre/madre/tutor:

RESGUARDO DE INSCRIPCIÓN: imprescindible sello/firma del A.M.P.A.

Nombre del alumno:	Apellidos del alumno:	
Actividad:	Días, horario:	Curso que va a realizar: (sin letra)
Nº en lista de espera:	BIBLIOTECA (solo si tiene actividad a 2ª h) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TRASLADOS (solo infantil) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fecha: / / 20

Sello/firma del A.M.P.A.: