



## **APOYO ESCOLAR**

### **CURSO ESCOLAR 2016/2017**

**HORARIO** Martes de 17:00 a 18:30 h.; viernes de 17 a 18:30 h

**LUGAR:** Centro Juvenil Municipal del Ayuntamiento de Venta de Baños.

**FECHA DE INSCRIPCIÓN** \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

COLEGIO: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

**TELÉFONO en caso de Urgencia:** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** (Enfermedades, características especiales o cualquier otro dato de interés)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con D.N.I. n° \_\_\_\_\_

autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_

a participar en el Apoyo Escolar.

Firma