

PARTICIPANTE: Educ. Primaria, ESO, Bacharelato. / Adultos

Nome e Apelidos: _____

Data de Nacemento: _____ Curso: _____ Centro de estudos _____

Enderezo empadroamento: _____

Concello: _____ C.P.: _____ E-Mail _____

Teléfono/s: _____ Descontos: 2º Irmán Si Non / F. Numerosa: Si Non

OBSERVACIÓN DE INTERESE:

Ex: Alerxias e/ou intolerancias, necesidades educativas especiais, etc:

ACTIVIDADE/S NA/S QUE DESEXA INSCRIBIRSE:

AS CLASES SON NA CASA DA CULTURA PINTOR LLORENS

GRUPO 1: dende Educación Primaria até 14 anos
Martes e/ou mércores (por confirmar horario)

GRUPO 2: a partir de 15 anos
Martes de 19.30 a 21.30h

AUTORIZACIÓN (Só para o alumnado menor de idade)

Eu D/Dña _____ con DNI nº _____ e como pai nai titor/a do/a participante, autorizo a súa asistencia ás actividades extraescolares organizadas pola Concellaría de Educación do Concello de Sada e tamén AUTORIZO a tomar as medidas necesarias en caso de urxencia e a notificación da mesma no teléfono _____. Afirmo ademais que os datos contidos nesta folla son certos. O pai, nai ou titor autoriza a realización de fotografías cos participantes das actividades organizadas polo CONCELLO DE SADA e a súa publicación. En caso de negarse marque o seguinte recadro

Asdo.:

Selo da entidade e data/hora de entrega:

-----**RESGARDO**-----

Publicación listaxe provisional de admitidos: 25 setembro

Unha vez que se confirme a praza coa publicación da listaxe provisional:

* Formalización de matrícula 26 setembro-2 outubro: **INGRESO CUOTA ABANCA ES40-2080-5161-85-3110007604**

-Alumnado EP, ESO e Bacharelato: ingreso 10€ + Documento domiciliación posterior

DESCONTOS (Non aplicable adultos): **50%** Familia Numerosa (5€) // **20%** 2º irmán (8€ cada irmán/á inscrito/a)

- Adultos: 54€/actividade correspondente 1º cuatrimestre

Adxuntar copia do pagamento na Oficina da Xuventude nesas datas

* A baixa/renuncia na actividade só **poderá tramitarse no Rexistro Municipal do Concello** entre os días 1 e 15 do mes anterior do que desexa causar baixa. **Non terá validez a simple comunicación ao profesorado da actividade**

Consultar información na web: www.concellodesada.com

NOME PARTICIPANTE EMT

GRUPO IDADE:

Data e hora de entrega:

Selo da entidade: