



Ludotardes



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

1º Tutor/a _____ DNI _____

2º Tutor/a _____ DNI _____

Telf. Contacto _____ / _____ / _____

El/la alumn@ _____ que en el curso escolar 202__/202__ está en el curso _____, desea utilizar el Servicio de Ludotardes y por ello solicita plaza para (marque la opción elegida):

TARDES	SEPT/JUNIO	OCT A MAYO
15:00-16:00	38€	_____
15:00-17:00	49€ con merienda	_____
16:00-17:00	_____	38€
16:00-18:00	_____	49€ con merienda
2 días a la semana 28€/mes	Día suelto 2h 5,20€	Día suelto 1h 3,50€

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€**, que se devolverá en la cuota de octubre a tod@s l@s que asistan.

***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)