

NOMBRE	APELLIDOS	
CURSO Y CLASE	COLEGIO	
DIRECCIÓN (CALLE / NÚMERO / PISO / PUERTA)		DISTRITO POSTAL

SELECCIONAD LAS SEMANAS
 Marcad con una 'X' las semanas elegidas

SEMANAS	13-14	15 – 1º	2º – 6º
Del 26 al 30 de junio			
Del 3 al 7 de julio			
Del 10 al 14 de julio			
Del 17 al 21 de julio			
Del 24 al 28 de julio			

OBSERVACIONES Y ALERGIAS

FOTOCOPIA CATSALUT (OBLIGATORIO)



FORMA DE PAGO : 50% el 21 de junio y el resto el 19 de julio, por domiciliación bancaria.

NOMBRE / APELLIDOS PADRE		NOMBRE / APELLIDOS MADRE	
E-MAIL CONTACTO		TELÉFONOS DE CONTACTO	
IBAN (SÓLO SI SE TRATA DE UN NIÑO/A DE OTRO COLEGIO)		FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR / TUTORA Autorizo a mi hijo/a a realizar las salidas y actividades que se organicen durante el campus de verano y acepto sus condiciones y normas.	
TITULAR CUENTA BANCARIA	DNI /NIE del titular cuenta bancaria		

Autorizo a que la imagen de mi hijo/a pueda aparecer en fotografías correspondientes al campus de verano y puedan ser publicadas en las redes sociales.	AUTORIZO	SI	NO
---	----------	----	----