



JUNTA VECINAL DE IGOLLO

AULA DEBERES

Apellidos:

Nombre :

Fecha Nacimiento:

Correo electrónico:

Teléfono:

Solicitante - (Padres o tutores):

Periodo de Asistencia 2019/20:

2019:*11/19	<input type="checkbox"/>	2020:*01/20	<input type="checkbox"/>	*04/20	<input type="checkbox"/>
*12/19	<input type="checkbox"/>	*02/20	<input type="checkbox"/>	*05/20	<input type="checkbox"/>
		*03/20	<input type="checkbox"/>	*06/20	<input type="checkbox"/>

Horario : Lunes-Jueves: 17.00-18.00 (horario ampliable)

Precio: 20 €/MES (pago: ingreso bancario)

IBAN: ES07 3035 0360 59 36 00009563

Enviar solicitud a: landeidioms@gmail.com

Raquel. Tlf.655738313.