

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO/A
ESCUELA DE VERANO C.E.I.P. FLORIDA 2025

DATOS DEL NIÑO / A

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/20____ EDAD: _____ Curso terminado _____

DOMICILIO: _____ Nº SIP: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P. _____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD? _____

¿ES ALÉRGICO A ALIMENTO, BEBIDA, MEDICAMENTO, INSECTOS...? _____

OBSERVACIONES:

DATOS FAMILIARES

D./DÑA. _____ DNI: _____

EMAIL: _____ TELÉFONO: _____

HERMANOS EN LA ESCUELA DE VERANO

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD _____

DÍAS 25 al 27 DE JUNIO ☐ (OPCIONAL MATINERA, PERO **NO HAY COMEDOR**) ☐

MES JULIO COMPLETO	POR QUINCENA	POR SEMANA
Mes completo <input type="checkbox"/>	1º Quincena (1-15) <input type="checkbox"/> 2º Quincena (16-31) <input type="checkbox"/>	Semana del ____ a ____
Comedor <input type="checkbox"/>	Comedor <input type="checkbox"/>	Comedor <input type="checkbox"/>
Matinera <input type="checkbox"/>	Matinera <input type="checkbox"/>	Matinera <input type="checkbox"/>

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE INCIDENCIA:

NOMBRE Y APELLIDOS _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____ TELÉFONO: _____

AUTORIZACIÓN PARA RECOGIDA DE ALUMNO/ALUMNA

Don/Doña _____ como padre/madre del
alumno/alumna _____

AUTORIZO A _____

con DNI _____ a recoger a mi hijo/hija.

Firmado:

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS DEL CENTRO ESCOLAR

Don/Doña _____ con DNI _____

como padre/ madre de alumno/a : _____

AUTORIZO A SALIR DEL CENTRO ESCOLAR ACOMPAÑADO/A DE LOS MONITORES DE
LA ESCUELA DE VERANO PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS DURANTE EL MES DE
JULIO EN EL PABELLÓN MUNICIPAL DE BABEL, SITUADO EN LA CALLE PIANISTA
GONZÁLEZ SORIANO, 6.

Firmado:

PRECIO ESCUELA DE VERANO			
<u>SEMANA 25 AL 27 DE JUNIO</u>	60€	COMEDOR	
		MES COMPLETO:	140€
<u>MES COMPLETO (9:00 -13:30 horas):</u>		1 QUINCENA:	74€
1 ALUMNO/A	170€	1 SEMANA:	38€
2 HERMANOS/AS	320€		
<u>POR QUINCENAS:</u>		ESCUELA MATINERA (7:30 – 9:00 horas):	
DEL 1 AL 15 DE JULIO (AMBOS INCLUSIVE)		MES COMPLETO	65€/ 2 hermanos 120€
DEL 16 AL 31 DE JULIO (AMBOS INCLUSIVE)		1 QUINCENA:	35€/ 2 hermanos 65€
1 ALUMNO/A	100€	1 SEMANA:	18€/ 2 hermanos 35€
2 HERMANOS	180€		
<u>POR SEMANA</u>			
1 ALUMNO/A	75€		
2 HERMANOS/AS	135€		
SEMANA DEL ____ AL ____			
<u>POR DÍA SUELTO:</u>	15€		

A esta solicitud acompañará el justificante de haber realizado el ingreso en la cuenta corriente nº IBAN ES23 0081 1352 3500 0607 0123 del Banco Sabadell del importe de _____ euros, incluyendo el nombre del/los niño/s.

En Alicante a _____ de _____ de 2025

Firmado: _____

PUEDEN INSCRIBIRSE ALUMNOS DE OTROS CENTROS ESCOLARES
FIN PLAZO DE INSCRIPCIÓN: 25 DE JUNIO DE 2025

NOTA:

PARA CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN, PODÉIS CONTACTAR:

REME BURILLO 679.21.25.99 O escueladeveranoceipflorida@gmail.com