

# AMPA 2024-2025

IES Rafelbunyol

**QUOTA + ASSEGURANÇA MÈDICA**

**Apunta't i participa!**

INSCRIPCIÓ: **Quota 15 €**

Realitzar ingrés o transferència al compte: ES26 2100 7419 1002 0000 4479

**MOLT IMPORTANT:** Indiqueu el nom de l'alumne/a i el curs en l'ingrés.

Per qüestions de l'assegurança, es considerarà soci/a de l'AMPA al dia següent de fer l'ingrés.

CORREU AMPA: [amparfl@gmail.com](mailto:amparfl@gmail.com) facebook.com/amparafel



---

**ENVIEU AL CORREU DE L'AMPA LA INFORMACIÓ SEGÜENT I ADJUNTEU EL JUSTIFICANT DE PAGAMENT.**

QUOTA AMPA 2024-2025 (15 €)

NOM ALUMNE/A: \_\_\_\_\_ CURS: \_\_\_\_\_

DATA DE NAIXIMENT: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

TELÈFON: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_ Data Pagament: \_\_\_\_\_