

A.P.A. "ALFAR"

Asociación de Padres de alumnos

C.P. "BELLAS VISTAS"

C/ Sahagún,

28925 – Alcorcón



ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

AÑO 2006/2007	
ACTIVIDAD	
DÍAS	
HORARIO	
CURSO	

FICHA TÉCNICA A RELLENAR POR LOS PADRES O TUTORES

Nombre y apellidos del niño/a: _____

Domicilio: _____

Población: _____ Provincia: _____

CP: _____ Teléfono: _____

Nombre de los padres o tutores: _____

Teléfono de los padres o tutores durante el horario de la actividad: _____

FICHA MÉDICA

¿Padece alguna enfermedad? _____

¿Lleva algún tratamiento especial? _____

¿Necesita alguna medicación especial? _____

OBSERVACIONES: _____

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL NIÑO: _____

EN CASO DE QUE SE AUTORIZA AL NIÑO REGRESAR SOLO A CASA DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SE DEBERA FIRMAR UNA AUTORIZACIÓN.

Firma del padre/madre o tutor: