

ASOCIACIÓN DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS DEL C.P.E.I.P. "LAS ROZAS"

ASOCIADO: *(nombre del padre/madre)* _____

DOMICILIO: C/ _____ Nº _____ TFNO.: _____

LOCALIDAD: _____ **PROVINCIA:** _____

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____ **CURSO:** _____

Si tiene algún hijo/a más matriculado en el Centro, relaciónelos a continuación:

Nombre: _____ **Curso :** _____

Nombre: _____ **Curso :** _____

Nombre: _____ **Curso :** _____

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: 2096 0305 17 2453715200

ENTIDAD BANCARIA: Caja España

CUOTA ANUAL: 10 €

Guardo, a _____ de _____ de 200 _

EL ASOCIADO

Fdo.: _____