

ASUNTO: ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES 2018/2019

Estimadas familias:

Nos ponemos en contacto con Ustedes para comunicarles que el **COLEGIO CALASANCIO**, a través de la empresa **Grupo educativo**, tiene previsto organizar la actividad extraescolar del Taller de los Sentidos para este nuevo curso 2018/2019.

ACTIVIDAD	HORARIO	PRECIO	(*)
TALLER DE LOS SENTIDOS (Educación Infantil) El horario de los viernes es de 16:00h. a 17:00h.	LUNES A VIERNES 17:00h A 18:00h. Un día a la semana.	18.- €	
	LUNES A VIERNES 17:00h A 18:00h. Dos días a la semana.	28.- €	
	LUNES A VIERNES 17:00h A 18:00h. Tres días a la semana.	37.- €	
	LUNES A VIERNES 17:00h A 18:00h. Cuatro días a la semana.	44.- €	
	LUNES A VIERNES 17:00h A 18:00h. Cinco días a la semana.	51.- €	
Marcar los días en los que quiere asistir: lunes <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/>			

(*) MARCAR CON UNA "X" LA/S ACTIVIDAD/ES EN LAS QUE QUIERE INSCRIBIR A SU HIJO.

*Taller elaborado para los participantes de educación infantil en el cual diariamente van rotando en una serie de actividades lúdicas y educativas pensadas para captar su atención.

Si están interesadas/os en que sus hijas/os realicen esta actividad rogamos rellenen la inscripción debidamente cumplimentada y la entreguen en la **Conserjería** del colegio del **antes del 24 de Septiembre**, con el fin de comenzar las actividad el 1 de Octubre.

Consideramos de gran importancia que se respeten las edades de los participantes a los que van dirigidas las actividades, con el fin de que los grupos sean lo más homogéneos posible y conseguir así los objetivos propuestos para las mismas.

¡¡ CADA GRUPO SE ABRIRÁ CON UN MINIMO DE 10 PARTICIPANTES!!
Os pedimos puntualidad en la recogida de vuestros hij@s

Nota: Los pagos se realizarán por domiciliación bancaria (Todos los recibos que sean devueltos serán pasados de nuevo con los gastos bancarios), **las bajas se comunicarán con quince días de antelación a GRUPO EDUCATIVO**, al teléfono 915000850



DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
CURSO: _____ LETRA: _____ TELEFONOS DE CONTACTO: _____
E-MAIL DE CONTACTO _____

DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta: _____

NÚMERO DE CUENTA																							
IBAN																							
BIC/SWIFT																							

Autorizo a mi hijo/a _____

Para que se inscriba en la actividad/es marcadas en hoja adjunta.

- **¿PRESENTA DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN, NERVIOSISMO, MIEDOS, VÉRTIGOS, MAREOS... (Especificar)?, OBSERVACIONES:**

- **RECOGIDA:** NOMBRE Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE DIARIAMENTE RECOGERÁN AL NIÑO/A:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE DIARIAMENTE RECOGERÁN AL NIÑO/A:

AUTORIZO A MI HIJO/A A REGRESAR A SU DOMICILIO SIN COMPAÑÍA DE PERSONA ADULTA AL FINALIZAR LA ACTIVIDAD

AUTORIZACIÓN

D/D^a _____ con DNI _____; autorizo a los responsables de las actividades extraescolares a realizar filmaciones y fotografías de mi hijo/tutelado. Dicha documentación gráfica únicamente se utilizará con fines profesionales, educativos o informativos, figurando sólo en folletos informativos o en informes o memorias de uso confidencial para el COLEGIO CALASANCIO

Fdo. _____