



C/ Conde de Gondomar, 4
14003 Córdoba
957 47 24 21
ampamilagrosacordoba@gmail.com

Estimadas familias nos ponemos en contacto con vosotros para informaros sobre la solicitud cuota Ampa y Seguro Escolar.

Indicaros que debéis entregar debidamente cumplimentada la solicitud junto a la domiciliación bancaria que aparece en la misma o el resguardo del ingreso en efectivo realizado en la entidad bancaria.

La fecha límite de pago será el **30 de septiembre**,(aunque debido a la situación excepcional que estamos viviendo, estos plazos pueden sufrir alguna modificación de la que serán informados) tanto para la cuota del **Seguro** como del **AMPA**.

Para aquellas familias que domicilien el pago las fechas de cargo serán las siguientes:

- 30 de junio (solicitudes recibidas en el mes de junio.)
- 30 de septiembre (solicitudes recibidas en septiembre).

Además os animamos a formar parte del AMPA, esperando vuestra colaboración y sugerencias. Aprovechamos para desearos unas buenas vacaciones y feliz descanso.

La Junta Directiva.

Solicitud de afiliación a la Asociación "AMPA"

D/D^a. _____ D.N.I. _____

D/D^a. _____ D.N.I. _____

Dirección _____

Población _____ C. Postal _____

Teléfonos: Fijo _____, Móvil padre _____, Móvil madre _____

Deseamos recibir circulares y comunicaciones a través del correo electrónico.

Dirección e-mail padre/madre _____

Dirección e-mail padre/madre _____

Como padre/madre o tutor de los siguientes alumnos:

Nombre	Apellidos	Curso	Etapa*

Etapa*	Infantil	Primaria
--------	----------	----------

SOLICITAN PERTENECER A AMPA, comprometiéndose a abonar la CUOTA DE AFILIACION DE CARÁCTER ANUAL, lo que nos faculta para participar en las diferentes actividades que se organicen y disfrutar de subvenciones para excursiones, así como para las fotos de grupo e individual para cada alumno, y orlas para los de 6º de primaria y 3º de Infantil, etc.

(*) En caso de no abonar la cuota en el plazo indicado, perderá la condición de asociado, y tampoco podrá disfrutar de dichos beneficios.

La cuota correspondiente de afiliación a AMPA de la unidad familiar con: **1** solo alumno en el centro **38** euros.- **2** alumnos en el centro **50** euros. **3** alumnos en el centro **60** euros.-
4 alumnos en el centro **68** euros.

SOLICITAN SEGURO ESCOLAR, el cual está concertado con la compañía de seguros **Allianz**, cuyo importe a pagar por Alumno, es de **14,00** euros, que igualmente se realizará dicho pago como el recibo de Ampa.

Deseo seguro escolar: **SI** **NO**

Como modalidad de pago de la cuota se elige: (marcar la casilla que proceda)

INGRESO EN CUENTA. Banco Santander.

IBAN : ES23 0075 3060 2106 0268 8847

DOMICILIACION BANCARIA. Rellene la siguiente autorización.

