



PROGRAMA CAMBRIDGE EDUCATIONAL PARTNERS

NIVEL QUE CURSA (AÑO 2019-20):			Fecha nacimiento:	
Nombre del alumno/a:				
Apellidos				



DATOS PADRE/MADRE/TUTOR	
NOMBRE	
APELLIDOS	
DOMICILIO	
TFNO CONTACTO	
NIF(PARA FACTURACIÓN)	
CORREO ELECTRÓNICO	

NIVEL CAMBRIDGE (rodar):	A2	B1	B2
---------------------------------	----	----	----



HORARIO SELECCIONADO (MARCAR POR ORDEN DE PREFERENCIA)		
LUNES Y MIÉRCOLES	<input type="checkbox"/>	14:30-15:30 (SOLO PRIMARIA)
	<input type="checkbox"/>	15:30-17:00
	<input type="checkbox"/>	17:00-18:30
MARTES Y JUEVES	<input type="checkbox"/>	14:30-15:30 (SOLO PRIMARIA)
	<input type="checkbox"/>	15:30-17:00
	<input type="checkbox"/>	17:00-18:30

PAGO EN EFECTIVO (DESCUENTO 5%)	SI	NO (en la secretaría del centro)
--	----	----------------------------------



DOMICILIACIÓN BANCARIA				
IBAN	entidad	oficina	D.C	nº cuenta

Firma padre/madre/tutor

En Granada, a de de .

(ENTREGAR EN LA SECRETARÍA DEL CENTRO)- RELLENAR UNA HOJA POR ALUMNO