



Estudios en Movimiento

ACTIVIDAD EXTRAESCOLAR DE DANZA

CENTRO AUTORIZADO PARA LAS ENSEÑANZAS ELEMENTALES DE DANZA "FLEXIÓN"

HOJA DE INSCRIPCIÓN CURSO 2017-2018

NOMBRE ALUMNO/A: _____ Edad ____ Talla ____

Curso académico en el 2017-18 _____ Cursos realizados de Danza _____

Teléfono _____ Móvil _____ e-mail: _____

Por favor indicar con una X el horario preferible según el curso académico

Días	Horas	Curso	
Lunes y jueves	16:00 a 17.00h	Danza Infantil	Si <input type="checkbox"/>
Lunes y miércoles	17:00 a 18:00h	2º Infantil (antiguas) 1º Primaria	Si <input type="checkbox"/>
Miércoles	15:00 a 17:00h	2º-3º Primaria	Si <input type="checkbox"/>
Viernes	15:45 a 17:45h	4º-5º-6º Primaria	Si <input type="checkbox"/>

Nota: El horario será flexible a algún cambio según demanda del alumnado.

Precio de la Actividad:

AMPA 25€

NO AMPA 35€

VESTUARIO

Danza Clásica (maillot, medias de danza, zapatillas rosa)

Danza Española y Flamenco (falda negra de flamenco, castañuelas y tacones negros)

Para impartir la actividad debe de haber un mínimo de 10 alumnas por clase.

Tendrán preferencia de plaza y horario las antiguas alumnas y hermanas.

Todo el alumnado deben **rellenar y firmar el documento SEPA** que viene en el reverso, es indispensable para la domiciliación de recibos .

Reenviar la solicitud rellena al correo: ampa.atocha@gmail.com asunto "Actividad Danza"

Comienzo de curso Lunes 2 de Octubre 2017

Centro de Danza Flexión

Dirección: Concha Sánchez Carrillo

C/ Ruipérez 5-7. 30005 Murcia. Teléfonos: 968.22 11 89 // 618 08 64 64

www.danzaflexion.es // danza_flexion@hotmail.com

Orden de Domiciliación Adeudo Directo SEPA CORE

Emisor: Concha Sánchez Carrillo

Identificador del emisor: 22446422D

Dirección del emisor: Calle Ruipérez, 5-7

Código Postal/Localidad: 30005 Murcia

País: España

Referencia única de mandato:

Deudor

A continuación, deberá rellenar los siguientes campos con los datos del deudor, es decir, la persona en cuya cuenta se adeudará el recibo.

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a Concha Sánchez Carrillo a enviar órdenes a su entidad financiera para que se realicen adeudos en su cuenta. Igualmente, autoriza a su entidad financiera para que se adeuden en esta cuenta los importes correspondientes a dichas órdenes de Concha Sánchez Carrillo.

Usted tiene derecho a reclamar el reembolso de cualquier cargo por parte de su entidad financiera, de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con dicha entidad. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre del deudor:*	
Dirección:*	
Código Postal/ Localidad:*	País:*
Número de cuenta adeudo: IBAN* <input type="text"/>	BIC entidad deudora:*
Tipo de pago:* Recurrente	
Fecha/ Lugar de firma:*	
Firma(s)* (Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados son necesarias dos firmas).	
NIF/Nombre:	Nif/Nombre:

Por favor, devuelva a Concha Sánchez Carrillo este documento original debidamente cumplimentado y firmado. Si usted lo desea, puede conservar una copia para usted.

Puede solicitar información adicional sobre sus derechos relacionados con esta notificación en su entidad financiera.