



Asociación Cultural Falla Albacete-Marvá de la Hispanidad

COMISIÓN INFANTIL

SOLICITUD DE:

<input type="checkbox"/>	ALTA
<input type="checkbox"/>	BAJA
<input type="checkbox"/>	CAMBIO DATOS

Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ___ - ___ - ___ D.N.I./T.I.E. : _____
Dirección: _____ N° _____ Pta. _____
Municipio: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono Móvil: _____
Correo electrónico: _____

DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DE CUOTAS:

Titular cuenta bancaria: _____
D.N.I. del Titular : _____
Banco: _____
IBAN _____ Entidad _____ Sucursal _____ D.C. _____ Cuenta _____

Fecha: ___ de _____ de _____

PADRE

Firma:

Nombre: _____
Apellidos: _____
D.N.I./T.I.E. : _____

MADRE

Firma:

Nombre: _____
Apellidos: _____
D.N.I./T.I.E. : _____

TUTORES LEGALES

Firma:

Nombre: _____
Apellidos: _____
D.N.I./T.I.E. : _____

Firma:

Nombre: _____
Apellidos: _____
D.N.I./T.I.E. : _____

