

Estimados padres y madres,

Queremos agradecer la confianza que a lo largo del año habéis depositado en nosotros, al dejarnos al cuidado de vuestros hijos. También damos la bienvenida a los niños que se incorporan al Colegio por primera vez, deseando que en caso de utilizar nuestros servicios, se ajusten a sus necesidades.

La Escola Matinera se ofrece con el fin de que los padres puedan conciliar vida laboral y familiar. Los niños están atendidos por monitores con experiencia y formación en el ámbito infantil. Para ofrecer un correcto servicio, la empresa aporta material para que los niños puedan realizar actividades (colores, fichas, juegos de mesa, juguetes en general, puzles.....). Se trata en definitiva, de que comiencen la mañana en un ambiente distendido haciendo lo que más les guste y dirigidos por sus monitores.

Las solicitudes podrán enviarlas a la empresa vía e-mail, introducirlas en el buzón del AMPA, ó bien entregarlas al monitor encargado de la actividad.

Les rogamos respeten los **horarios de apertura de puertas** que son los siguientes: **7'45, 8 y 8'30**. Fuera de éste horario las puertas permanecerán cerradas para una mejor atención de sus hijos/as.

En Septiembre les pasaremos un cargo por un mes, a partir de octubre el cobro será bimensual y se cargará en cuenta dentro de los 5 primeros días de cada periodo facturado. La devolución de recibos lleva un recargo por gastos bancarios.

OPCIONES

OPCIÓN-1.....De 7'45 a 9/ 1 hijo.....43,00 €/mes.

OPCIÓN-2.....De 7'45 a 9 /2 hijos..... 70,00 €/ mes.

OPCIÓN-3.....De 8'25 a 9/ 1 hijo.....32,00 €/mes.

OPCIÓN-4.....De 8'25 a 9/ 2 hijos.....55,00 €/ mes.

Días sueltos: 4 euros / niño

- Para utilizar este servicio es imprescindible ser socio del AMPA.
- Actividad pendiente de ser subvencionada por el Fondo Social Europeo y el Instituto de la Mujer.

**CEIP 103
ESCOLA MATINERA 2011-2012**

INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre (1er hijo) _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Curso: _____ Grupo: _____

Apellidos y nombre (2º hijo) _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Curso: _____ Grupo: _____

Dirección: _____

Teléfonos de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Datos médicos a destacar: _____

OPCIÓN ELEGIDA

ENTIDAD OFICINA DC Nº DE CUENTA

TITULAR DE LA CUENTA _____

DNI _____

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma: _____