



FORMULARIO PARA HACERSE SOCIO

A.M.P.A. C.P. Los Campos

CURSO 2020-2021

Socio/a/o Tutor/a: _____

Número de socio curso 2019-2020: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Hija/o/s en el centro:

Alumno/a: _____

Curso: _____ Grupo: _____

Alumno/a: _____

Curso: _____ Grupo: _____

Alumno/a: _____

Curso: _____ Grupo: _____

En Los Campos, a _____ de _____ de 2020_

FIRMADO: