FULL D'INSCRIPCIÓ

"TEATRALITZEM PEL LÍCULES"

Avda Príncep Benlloch,16
AD500, Andorra la Vella
Telf: +376 341597
entreacte1@gmail.com

Dades de l'alumne:

Nom i cognoms: ..... Data de naixement: / /

Telèfon: ..... E-mail: .....

Dades dels pares o tutors: (únicament menors d'edat)

Nom i cognoms del pare o tutor: .....

Telèfon: ..... E-mail: .....

Nom i cognoms de la mare o tutora: .....

Telèfon: ..... E-mail: .....

Autorització de recollida: (persones que no siguin pares o tutors)

Nom i cognoms de la persona autoritzada: .....

Al·lèrgies alimentàries: ○ SI ○ NO

Quines?: .....
.....
.....

Dades bancàries:

Nom del titular del compte: ..... Entitat bancària: .....

Nº IBAN: A D □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Drets d'imatge:

Autoritzo a l'escola de teatre Entreacte a prendre imatges del meu fill/a i a utilitzar-les a les xarxes socials:

○ SI ○ NO

Data i signatura: (en cas de menor d'edat, signatura del pare, mare o tutor)

He llegit i accepto la normativa de l'escola Entreacte 1

Signatura Data: