

INSCRIPCIÓN SALA ACT. DIRIGIDAS

NOMBRE:

Nº Teléfono:

ACTIVIDAD	DIA/HORA
1.- _____	_____
2.- _____	_____
3.- _____	_____
4.- _____	_____
5.- _____	_____

TARIFA: _____

FIRMA:

TARIFAS MENSUALES:

20 €	1 HORA SEMANAL
35 €	2 HORAS SEMANALES
45 €	3 HORAS SEMANALES

CADA HORA ADICIONAL 15 €

HORARIO DE MAÑANAS	15 €	1 HORA SEMANAL
	30 €	2 HORAS SEMANALES

