

I N S C R I P C I O N



Mensual



Quincenal

PERIODO: mes de Enero desde el día...../...../..... hasta el día...../...../.....

PERIODO: mes de Febrero desde el día...../...../..... hasta el día...../...../.....

Nombre y Apellido

Legajo N°:.....Afiliado N°:.....Sección:.....

Teléfono Laboral.....DNI.....E-mail:.....

Domicilio:.....N°:.....Localidad:.....CódigoPostal:.....

Teléfono particular:.....Celular.....Otro teléfono.....

AUTORIZO A MI HIJO/ HIJA A PARTICIPAR DE LA COLONIA DE VERANO A REALIZARSE EN EL Campo de Deportes de la Asociación Argentina de Arbitros.

CANTIDAD DE NIÑOS

Nombre y Apellido:..... Edad:..... D.N.I. N°:.....

Nombre y Apellido:..... Edad:..... D.N.I. N°:.....

Nombre y Apellido:..... Edad:..... D.N.I. N°:.....