



ANEXO I – ADHESIÓN SEGURO MÉDICO VOLUNTARIO
CURSO 2023-2024

NOMBRE DEL ALUMNO:

INDICAR CURSO Y ETAPA (EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA, ESO), QUE REALIZARÁ EL ALUMN@ DURANTE 2023-2024

FECHA NACIMIENTO ALUMNO

ALUMNOS MAYORES DE 14 AÑOS INDICAR NÚMERO DNI

Mediante la firma de esta orden AUTORIZO al COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA CONSOLACIÓN, a enviar instrucciones a la ENTIDAD ASEGURADORA para que nuestro hijo/a sea incluida/o en el seguro médico VOLUNTARIO escolar para el curso 2023-2024.

Así mismo **adjuntamos mediante email**, el justificante de pago correspondiente a la cuota anual por curso de dicho servicio por **importe de 12,50.-€**, abonado en la cuenta bancaria del BBVA:

TITULAR: COLEGIO NTRA.SRA. CONSOLACION CIF: R2800974D

Nº CUENTA: ES6501824572430201605615

CONCEPTO: SEGURO + NOMBRE DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS (padre/madre/ tutor)

DNI

Firma:

E-mail: administracion@consolacionmadrid.com

ENVIAR HASTA 20/07/2023