

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

NUMERO DE ABONADO _____

SEÑALAR CON UNA CRUZ DE QUE ACTIVIDAD SE DA DE BAJA

CURSO DE NATACION	<input type="checkbox"/>
CURSO DE AGUAGIM	<input type="checkbox"/>
CLASES DE CICLO INDOR	<input type="checkbox"/>
CLASES DE NATACION TERAPEUTICA	<input type="checkbox"/>
CLASES DE PRE-POST PARTO	<input type="checkbox"/>
ABONOS	<input type="checkbox"/>

SEÑALAR CON UNA CRUZ EL MOTIVO DE SU BAJA

ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/>
INCOMPATIBILIDAD DE HORARIOS	<input type="checkbox"/>
DESINTERES	<input type="checkbox"/>
OTROS MOTIVOS (especificar)	<input type="checkbox"/> _____

FECHA DE INICIO DE LA BAJA _____

FECHA DE ENTREGA DE LA SOLICITUD DE LA BAJA _____

FIRMA