

CLUB DE LECTURA

juvenil

NOMBRE

EDAD

NOMBRE
PADRE/MADRE/TUTOR

TELÉFONO DE CONTACTO

EMAIL

¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ESTÁS DISPONIBLE PARA PARTICIPAR EN EL CLUB DE LECTURA?

DÍA DE LA SEMANA		HORA		HORA	
LUNES	<input type="checkbox"/>	17:30-18:30	<input type="checkbox"/>	18:30-19:30	<input type="checkbox"/>
MARTES	<input type="checkbox"/>	17:30-18:30	<input type="checkbox"/>	18:30-19:30	<input type="checkbox"/>
MIÉRCOLES	<input type="checkbox"/>	17:30-18:30	<input type="checkbox"/>	18:30-19:30	<input type="checkbox"/>
JUEVES	<input type="checkbox"/>	17:30-18:30	<input type="checkbox"/>	18:30-19:30	<input type="checkbox"/>
VIERNES	<input type="checkbox"/>	17:30-18:30	<input type="checkbox"/>	18:30-19:30	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>				

OBSERVACIONES