

CERTIFICACIÓ ASSISTENTS ASSEMBLEA FAPA MALLORCA

_____, major d'edat, en possessió del DNI/NIE _____, com a secretari/ària de l'Associació de Famílies d'Alumnes del _____ de _____.

CERTIFICA:

1. Que el nombre d'associats a l'APIMA és de _____ famílies
2. Que els representants de l'APIMA a l'Assemblea de FAPA Mallorca són:

Nom i llinatges	DNI	Amb VOT (*)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(*) Escriure "VOT" a les persones que ostentaran el vots de l'APIMA (veure informació annexa)

La qual cosa com a Secretari/ària certifico i signo.

_____, el _____ d _____ de 2024

Vist i plau del/de la president/a

El/La secretari/ària

PERSONA DE CONTACTE (nom i telèfon):

SERVEI DE LUDOTECA (indica si fareu ús d'aquest servei)

SÍ NO Número d'infants i edats:

IMPORTANT!! enviar abans del 18 de març a info@fapamallorca.org

- És imprescindible posar el número d'associats actuals, ja que els vots de l'APIMA a les assemblees és proporcional als socis (veure informació annexa)
- Indica el nom d'una persona de contacte i el seu telèfon per poder posar-nos en contacte en cas necessari.