



**DATOS DE INTERES**

ALUMNO:

NOMBRE.....APELLIDOS.....

FECHA DE NACIMIENTO.....DOMICILIO.....

C.POSTAL.....LOCALIDAD.....

FECHA DE ALTA.....FECHA DE BAJA.....

PADRES:

NOMBRE.....APELLIDOS.....D.N.I.....

PROFESION.....DOMICILIO.....

NOMBRE.....APELLIDOS.....D.N.I.....

PROFESION.....DOMICILIO.....

HERMANOS:

Nº.....EADADES.....

TELEFONOS DONDE AVISAR( POR ORDEN DE PRIORIDAD)

.....  
.....

TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA.....

.....

TRATAMIENTO.....

MEDICACION PARA UN MALESTAR LEVE.....

ALIMENTACION.....

Nª DE HORAS QUE PERMANECERA EN EL CENTRO.....ALMUERZO SI  NO

DESAYUNO SI  NO  MERIENDA SI  NO

COMO SE HA ENTERADO DE LA EXISTENCIA DE ESTE CENTRO?

.....

OBSERVACIONES.....

.....

**DOCUMENTOS A ENTREGAR: 2 FOTOGRAFIAS TAM. CARNET, 1 FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIONES Y UNA FOTOCOPIA DEL LIBRO DE FAMILIA (HOJA CORRESPONDIENTE AL ALUMNO).**