



MATRÍCULA CENTRO INFANTIL

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| - Nivel 0 - (0 a 1 año) | <input type="checkbox"/> |
| - Nivel 1 - (1 a 2 años) | <input type="checkbox"/> |
| - Nivel 2 - (2 a 3 años) | <input type="checkbox"/> |

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos y Nombre:.....
 Fecha de nacimiento:..... Lugar:.....
 Nacionalidad:..... DNI / NIE:..... Sexo: Masculino Femenino

SALUD

- Estado de salud general:
 - Discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, observaciones médicas significativas u otros datos de salud relevantes para el Centro: (ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE LO ACREDITE)

DATOS FAMILIARES:

Padre / Tutor:..... DNI:
 Nivel de Estudios:.....Profesión:..... Lugar de trabajo:.....
 e-mail:..... Teléfono:

Madre / Tutora: DNI:
 Nivel de Estudios:.....Profesión:..... Lugar de trabajo:.....
 e-mail:..... Teléfono:

Domicilio Familiar:..... n^o:..... Piso:.....
 Localidad:.....Código Postal:.....
 N^o de hijos:..... Asisten a este Centro:..... **Familia Numerosa:** **SÍ** **NO** (Fotocopia si procede)

Padres separados: Sí NO
(aportar sentencia)

Patria potestad: Conjunta Separada
Guarda y custodia: Padre Madre

DATOS DE CONTACTO, AVISOS URGENTES y Personas autorizadas a recoger al alumno/a

Número de Teléfono	Persona de contacto	DNI (Ajustar fotocopia)

Como padres/tutores aceptamos la participación de nuestro hijo/a en las actividades escolares complementarias, extraescolares y en los servicios complementarios, en las instalaciones del Centro o fuera de él si dichas actividades lo requieren.
 Asimismo, aceptamos la participación de nuestro/a hijo/a en los mismos servicios y actividades en cursos sucesivos, salvo manifestación escrita en contrario.

SÍ NO

