

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE	1 ^{er} APELLIDO	2 ^o APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA NACIMIENTO	NACIONALIDAD	TELÉFONOS DE CONTACTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO FAMILIAR	LOCALIDAD	PROVINCIA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nº DE HERMANOS	EDADES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL PADRE

NOMBRE	1 ^{er} APELLIDO	2 ^o APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO	TELÉFONOS DE CONTACTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROFESIÓN	EMAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DATOS DE LA MADRE

NOMBRE	1 ^{er} APELLIDO	2 ^o APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO	TELÉFONOS DE CONTACTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROFESIÓN	EMAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

¿SERVICIO AULA MATINAL? SI NO
HORARIO: 7:30 A 9:00

¿SERVICIO DE COMEDOR? SI NO
HORARIO: 14:00 A 16:00

ENFERMEDADES PADECIDAS

ALERGIAS

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

Los pagos se realizarán del 1 al 5 de cada mes en la siguiente cuenta bancaria:
ES52 2048 4520 2734 0000 3163