

**CURSO 2023-24**

**DATOS PERSONALES Y FAMILIARES**

**ALUMNO/A**

|   |                      |                 |                      |            |                      |
|---|----------------------|-----------------|----------------------|------------|----------------------|
| APELLIDOS:                                  | <input type="text"/> |                 |                      |            |                      |
| NOMBRE:                                     | <input type="text"/> |                 |                      |            |                      |
| FECHA DE NACIMIENTO:                        | <input type="text"/> |                 |                      |            |                      |
| DIRECCIÓN:                                  | <input type="text"/> |                 |                      |            |                      |
| C.P.:                                       | <input type="text"/> | POBLACIÓN:      | <input type="text"/> | PROVINCIA: | <input type="text"/> |
| TELÉFONO FIJO:                              | <input type="text"/> | TELÉFONO MÓVIL: | <input type="text"/> |            |                      |
| VACUNACIONES:                               | <input type="text"/> |                 |                      |            |                      |
| ¿POSEE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD O ALERGIAS? | <input type="text"/> |                 |                      |            |                      |

**PADRE**

|                     |                      |                      |                      |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| APELLIDOS:          | <input type="text"/> |                      |                      |
| NOMBRE:             | <input type="text"/> |                      |                      |
| DNI:                | <input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO: | <input type="text"/> |
| PROFESIÓN:          | <input type="text"/> |                      |                      |
| CORREO ELECTRÓNICO: | <input type="text"/> |                      |                      |
| TELÉFONO TRABAJO:   | <input type="text"/> | TELÉFONO MÓVIL:      | <input type="text"/> |

**MADRE**

|                     |                      |                      |                      |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| APELLIDOS:          | <input type="text"/> |                      |                      |
| NOMBRE:             | <input type="text"/> |                      |                      |
| DNI:                | <input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO: | <input type="text"/> |
| PROFESIÓN:          | <input type="text"/> |                      |                      |
| CORREO ELECTRÓNICO: | <input type="text"/> |                      |                      |
| TELÉFONO TRABAJO:   | <input type="text"/> | TELÉFONO MÓVIL:      | <input type="text"/> |

**HIJOS**

|                  |                      |                      |                      |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1° - NOMBRE:     | <input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO: | <input type="text"/> |
| 2° - NOMBRE:     | <input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO: | <input type="text"/> |
| 3° - NOMBRE:     | <input type="text"/> | FECHA DE NACIMIENTO: | <input type="text"/> |
| OBSERVACIONES: . | <input type="text"/> |                      |                      |

|                            |                      |  |            |                      |
|----------------------------|----------------------|--|------------|----------------------|
| Nº DE HORAS DE ASISTENCIA: | <input type="text"/> | COMEDOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | MATRÍCULA: | <input type="text"/> |
|----------------------------|----------------------|--|------------|----------------------|

FIRMA DEL PADRE O TUTOR:

PUERTO DEL ROSARIO,  DE  DE