C.E.I.P. REYES CATÓLICOS

# DATOS PERSONALES

| **Alumno/a:** | **Curso:** |
|---|---|

| **DATOS DE LA MADRE:** | |
|---|---|
| Nombre: | |
| Profesión: | E-mail*: |
| **DATOS DEL PADRE:** | |
| Nombre: | |
| Profesión: | E-mail*: |

*** Al aportar el e-mail AUTORIZO al centro educativo a utilizarlo para enviar información, circulares y/o encuestas relacionadas con el propio centro.**

| **DIRECCIÓN:** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **TELÉFONOS DE CONTACTO** *(por orden de prioridad)* | | |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | Teléfono 3 |
| | | |
| **NÚMERO DE CUENTA BANCARIA (Solo para usuarios de comedor)** | | |
| E S | | |

| **PROBLEMAS DE SALUD** *(Resolución 1 de Septiembre de 2016 – DOCV de 5 de Septiembre de 2016)* *Según establece esta resolución los padres de aquellos/as alumnos/as que presenten problemas de salud crónicos (alergias, asma, diabetes, epilepsia, etc.) deberán informar a la dirección del centro.* | |
|---|---|
| | |
| **MEDICACIÓN** | *(Especifique si el alumno/a precisa de algún tipo de medicación)* |

| **SITUACIÓN FAMILIAR** *(Rellenar únicamente en caso de padres separados, divorciados u otras situaciones análogas)* | | |
|---|---|---|
| ☐ Relación cordial | ☐ Mala relación | ☐ No existe relación |
| **Descripción de la situación y hechos relevantes.** | | |
| | | |

| **RECOGIDA DEL CENTRO (Cumplimentar solo a partir de 3º de primaria)** | |
|---|---|
| ☐ El/ La alumno/a se va a casa solo/a | ☐ El padre/ la madre o familiar acreditado recoge al/ a la alumno/a |

| **FIRMA DE LA MADRE** | **FIRMA DEL PADRE** |
|---|---|
| | |
| Petrer a ___ de _____ de 20___ | |