



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Educació, Cultura,
Universitats i Empreu

E.I. "LA PAZ"

CÓDIGO DE CENTRO: 03013066

LA PAZ, N.º 10. BIGASTRO 03380 (Alicante)

TLF. 966904461 EMAIL: 03013066@edu.gva.es



SOLICITUD DEL SERVICIO DE AULA MATINAL, E.I. LA PAZ

El Aula matinal es un servicio de apoyo a las familias donde se ofrece una atención educativa al alumnado del centro que lo requiera, que oscila desde las 8:00 hasta las 9:00 horas de la mañana (siendo la franja horaria de recepción del alumnado de 8:00 a 8:30). Durante este periodo de tiempo los niños y niñas serán atendidos por la cuidadora-auxiliar del centro.

REQUISITOS DEL AULA MATINAL:

- Que ambos progenitores y/o tutor legal estén trabajando.
- Haber realizado la solicitud de aula matinal.

DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre y apellidos _____

Grupo: _____ Tutora _____

DOMICILIO:

Calle/plz. _____ Nº _____ Piso _____

C.P.: _____ Localidad _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

DNI _____ Tlf. de contacto _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MADRE/TUTORA LEGAL:

DNI _____ Tlf. de contacto _____

OBSERVACIONES PARTICULARES DE INTERÉS SOBRE EL ALUMNO/A (Alergias, problemas de salud, de alimentación, etc., si existiera)

HORA DE ENTRADA (entre las 8:00 y las 8:30) _____

DÍAS: DE LUNES A VIERNES ☐ **DÍAS ALTERNOS** (indicar) _____

DECLARAMOS QUE AMBOS PROGENITORES ESTAMOS TRABAJANDO

Y solicitamos el servicio de AULA MATINAL

Bigastro, a _____ de _____ de 20____

FIRMADO:



SOL·LICITUD DEL SERVICI D'AULA MATINAL, E.I. LA PAZ

L'Aula matinal és un servici de suport a les famílies on s'ofereix una atenció educativa a l'alumnat del centre que el requereisca, que oscil·la des de les 8.00 fins a les 9.00 hores del matí (sent la franja horària de recepció de l'alumnat de 8.00 a 8.30). Durant este període de temps els xiquets i xiquetes seran atesos per la cuidadora-auxiliar del centre.

REQUISITS DE L'AULA MATINAL:

- Que els dos progenitors i/o tutor legal estiguen treballant.
- Haver realitzat la sol·licitud d'aula matinal.

DADES DE L'ALUMNE/A:

Nom i cognoms _____

Grup: _____ Tutora _____

DOMICILI:

Carrer/plç. _____ Núm. _____ Pis _____

C.P: _____ Localitat _____

NOM I COGNOMS DEL PARE/TUTOR LEGAL:

DNI _____ Tlf. de contacte _____

NOM I COGNOMS DEL MARE/TUTORA LEGAL:

DNI _____ Tlf. de contacte _____

OBSERVACIONS PARTICULARS D'INTERÉS SOBRE L'ALUMNE/A (Al·lèrgies, problemes de salut, d'alimentació, etc., si existira)

HORA D'ENTRADA (entre les 8.00 i les 8.30) _____

DIES: DE DILLUNS A DIVENDRES ☐ **DIES ALTERNES** (indicar) _____

DECLAREM QUE ELS DOS PROGENITORS ESTEM TREBALLANT

I SOL·LICITEM EL SERVICI D'AULA MATINAL

Bigastro, a _____ de _____ de 20____

SIGNAT: