

C.E.I.P Rajoletes – Sant Joan d'Alacant

Fitxa de l'alumne/a – *Ficha del alumno/a*

Alumne/a - Alumno/a: _____

Nascut/da/Nacido/a el _____ de _____ de _____
(localitat, província, país / en (localidad, provincia, país) _____

Adreça/Dirección _____

Curs/Curso _____

Dades – *Datos del/de la Progenitor/a 1*

Nom/Nombre _____ D.N.I: _____

Telèfon/Teléfono _____ email: _____

Altres telèfons/ Otros teléfonos _____

Adreça/Dirección: _____

Dades – *Datos del/de la Progenitor/a 2*

Nom/Nombre _____ D.N.I: _____

Telèfon/Teléfono _____ email: _____

Altres telèfons/ Otros teléfonos _____

Adreça/Dirección: _____

En el cas de **no convivència** per motius de separació, divorci o situació anàloga, **marcar** aquesta casella.

*En el caso de **no convivencia** por motivos de separación, divorcio o situación análoga, **marcar** esta casilla.*

Signar els/les dos/dues progenitors/res

Firmar los/as dos progenitores/as

- Hi ha limitació de pàtria potestat d'alguns dels/de les progenitors/res?
- ¿Hay limitación de patria potestad de alguno/a de los/as progenitores? Si No
- La custòdia pertany a /la custodia pertenece a _____

Signar els /les dos/dues progenitors/res

Firmar los/las dos progenitores/as

Data/ Fecha _____

Menjador/Comedor SI NO Fixe / Fijo Eventual

Al·lèrgies o malalties greus i dades que es consideren d'interés.

Alergias o enfermedades graves y datos que se consideran de interés.

AUTORITZACIONS / AUTORIZACIONES

Progenitor/a 1

_____ NIF _____
(NIE, Passaport/ Pasaporte...)

Progenitor/a 2

_____ NIF _____
(NIE, Passaport/ Pasaporte...)

de l'alumne/a - *del alumno/a* _____

(Marqueu amb una X l'opció elegida / *Marcad con una X la opción elegida*)

		SÍ	NO
Elecció d' <u>una</u> opció curricular/ <i>Elección de <u>una</u> opción curricular</i>			
Rebre l'ensenyament de Religió Catòlica / <i>Recibir la enseñanza de Religión Católica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Rebre l'ensenyament de Valors Socials i Cívics / <i>Recibir la enseñanza de Valores Sociales y Cívicos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoritze al professorat del centre a traslladar el meu fill/a a l'Hospital Clínic de Sant Joan o Centre de Salut de la localitat, en cas d'accident o quan no siga possible la localització dels pares o tutors, fent-me responsable de les despeses que s'hi puguen derivar. <i>Autorizo al profesorado del centro a trasladar a mi hijo/a al Hospital Clínico de Sant Joan o Centro de Salud de la localidad, en caso de accidente o cuando no sea posible la localización de los padres o tutores, haciéndome responsable de los gastos que pudieran ocasionarse.</i>			
Mare/Madre Progenitor/a 1			
<input type="checkbox"/>			
Pare/Padre Progenitor/a 2			
<input type="checkbox"/>			
Anar-se'n a soles a casa / <i>Irse solo/a a casa.</i>			
<input type="checkbox"/>			

Persones autoritzades a recollir el meu fill/a - *Personas autorizadas a recoger a mi hijo/a:*

Nom i relació amb els progenitors / <i>Nombre y relación con los progenitores</i>	Document identificatiu. <i>Documento identificativo</i>

Signatures / *Firmas*

1. _____ 2. _____

Data / *Fecha* _____