

DATOS PERSONALES

Alumno/a:	Curso:
-----------	--------

DATOS REPRESENTANTE LEGAL 1:	
Nombre:	
Profesión:	E-mail*:
DATOS REPRESENTANTE LEGAL 2:	
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 progenitores separados/as, divorciados/as u otras situaciones análogas)		
<input type="checkbox"/> Relación cordial	<input type="checkbox"/> Mala relación	<input type="checkbox"/> No existe relación
Descripción de la situación y hechos relevantes.		

RECOGIDA DEL CENTRO (Cumplimentar solo a partir de 3º de primaria)	
<input type="checkbox"/> El/ La alumno/a se va a casa solo/a	<input type="checkbox"/> El representante legal o familiar acreditado recoge al/ a la alumno/a

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL 1	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL 2
Petrer a de de 20	