



# 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)**

**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)

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)**

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