



**INFORMACIONES DIVERSAS/ INFORMACIONS DIVERSES**

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_  
**En/Na/N'** **amb DNI**

padre/madre/tutor/tutora del alumno/a \_\_\_\_\_  
**pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a**

de \_\_\_\_\_ curso de Educación \_\_\_\_\_, deseo que reciba clases de:  
**de curs d'Educació \_\_\_\_\_, desitge que reba classes de:**

Religión Católica  
Religió Catòlica

Atención educativa  
**Atenció educativa**

---

¿Vuestro hijo padece algún tipo de enfermedad crónica que el Centro deba de conocer?  
**El vostre fill pateix algun tipus de malaltia crònica que el Centre ha de conèixer?**

En caso afirmativo, especificar/ **En cas afirmatiu, especificar.**

No

Sí \_\_\_\_\_

¿Y algún tipo de alergia alimentaria? En caso afirmativo, especificar.  
**I algun tipus d'al·lèrgia alimentària? En cas afirmatiu, especificar.**

No

Sí \_\_\_\_\_

València, \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma/ **Signatura**