

AÑO ESCOLAR CURSO

DATOS PERSONALES

Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Dirección Fecha de Nacimiento / / ¿Ha asistido antes a otro centro? SI NO En caso afirmativo, ¿a cuál? ¿Cuánto tiempo ha ido?

DATOS FAMILIARES

Nombre y Apellidos de la Madre Edad Profesión Teléfono Nombre y Apellidos del Padre Edad Profesión Teléfono Otros teléfonos de contacto Hermanos: nombres y edades Lugar que ocupa ¿Con qué otras personas convive en el hogar familiar? ¿Qué persona pasa normalmente más tiempo con el niño/a? ¿Existe alguna situación especial en la familia que queráis comentar: adopciones, separaciones, ...?

DATOS MÉDICOS

¿Tiene alguna alergia alimentaria? ¿Tiene alergia a algún medicamento o ambiental? ¿Considera relevante algún otro dato médico?

OBSERVACIONES

¿Va a hacer uso del servicio de comedor del centro? SI NO