

### DATOS DEL ALUMNOS

NIF:		CIAL:	
NOMBRE:		1º APELLIDO:	
2º APELLIDO:		Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº S.S:
Fecha Nacimiento: ___/___/___		Municipio de Nacimiento:	
Provincia Nac.:	País:	Nacionalidad:	

### DOMICILIO HABITUAL

Calle:	Nº	Esc/Pis/Pta.:
Localidad:	Cod. Postal:	Teléfono:
Municipio:	Teléfono (en caso de Urgencia)	

### DATOS TUTOR/ES LEGAL/ES

#### PADRE/TUTOR

NIF:	Nombre:
Apellidos:	Profesión:
Correo Electrónico	Nº Móvil:
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo: Estudios:

#### MADRE/TUTORA

NIF:	Nombre:
Apellidos:	Profesión:
Correo Electrónico	Nº Móvil:
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo: Estudios:

En caso de divorcio: ¿Quién tiene la guardia y la custodia?  
Presentar en Secretaría la documentación que lo acredite. La madre  El padre  Ambos

Email del padre, madre o tutor/a legal (donde dirigir comunicados desde el centro):

En caso de madre soltera. Se le informa que el centro no admitirá hacer ningún trámite, a nadie; que no sea usted, con esta condición.

#### Datos Médicos de Interés

Deberán consignarse las alergias a los alimentos que estén certificadas por el médico al igual que cualquier enfermedad que sus hijo/a padezca, debiendo aportar en estos casos, copia del informe médico que así lo acredite.

Este documento tiene validez durante la escolarización del hijo/a en este centro y en tanto, no acuda al centro para hacer modificaciones.

Las Palmas de Gran Canaria, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma Madre:

Firma Padre:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_