



C.E.I.P. LAS MESAS
35009449

Las Palmas de Gran Canaria
C/. Punta del Hidalgo, s/n.
Tlf.: 928 671 757
35009449@gobiernodecanarias.org

Curso 20 ___/20___
Curso: _____ Grupo: _____
Nº Expediente: _____

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 <input type="checkbox"/>	El padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Email del padre, madre o tutor/a legal (donde dirigir comunicados desde el centro):			
<input type="checkbox"/> 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:
