



alibombo

centro de educación infantil

DATOS PERSONALES

Matrícula pagada

Fecha: __ / __ / __

CURSO 201__ - 201__

NIÑO/A: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SIP: _____

DOMICILIO: _____

C.P.: _____ POBLACIÓN: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO:

NOMBRE DEL PADRE: _____

PROFESIÓN: _____ D.N.I.: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____ MOVIL: _____

EMAIL: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

PROFESIÓN: _____ D.N.I.: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____ MOVIL: _____

EMAIL: _____

ASISTENCIA A LA ESCUELA:

MAÑANA Y TARDE:

COMEDOR:

HORA EXTRA:

OBSERVACIONES: