

Foto

DADES PER L'ARXIU DEL CENTRE**2018-2019****FITXA DE L'ALUMNE/A****CURS**

Cognoms:..... Nom:.....

Adreça:..... núm:.....pis:.....porta:.....

Localitat:..... C.P: DNI:.....

Data de naixement:.....Localitat:.....

Nombre de germans/es:..... Família nombrosa:.....

Cognoms i nom del pare:

D.N.I.:..... Professi6:.....

Adreça:.....

Localitat:..... C.P. E-mail

Telèfons:.....

Cognoms i nom de la mare:

D.N.I.:..... Professi6:.....

Adreça:.....

Localitat:..... C.P. E-mail

Telèfons:.....

CENTRE DE PROCEDÈNCIA:.....

El pare, mare, tutor/a, declara la veracitat d'aquestes dades i es compromet a comunicar, per escrit, al centre qualsevol modificaci6 que es pugui produir.

Nom _____ DNI _____

Signatura

continua →

DADES DE L'ALUMNE/A A TENIR PRESENTS EN CAS D'ACCIDENT

Cognoms:..... Nom:.....

Adreça:.....

Localitat:..... C.P. Telèfon:.....

Data de naixement:..... Lloc

Pateix alguna malaltia?.....

En cas afirmatiu, indiqueu-la.....

Pren habitualment alguna medicació?..... Quina?.....

Té algun tipus d'al·lèrgia?.....

Observacions:.....

EN CAS D'ACCIDENT AVISAR A :

Nom del pare:.....

Telèfon feina/ mòbils:.....

Nom de la mare:.....

Telèfon feina/ mòbils:.....

Altres:.....

Telèfon feina/ mòbils:.....

TARJETA SANITÀRIA ON FIGURA COM A BENEFICIÀRI/A

Entitat:.....

Titular:.....

Número:.....