****

## **DADES PER L’ARXIU DEL CENTRE CURS 2021-2022**

FITXA DE L’ALUMNE/A

Curs en què es matricula:.............

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

Adreça:................................................... Localitat:................................

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

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

Nombre de germans/es:........... Família nombrosa (Sí/No):.............

Cognoms i nom del pare/mare (tutor 1): .................................................

DNI.:.............................Professió:...............................................

Adreça:................................................... Localitat:................................

CP: .............. DNI:.......................................

Cognoms i nom del pare/mare (tutor 2): .................................................

DNI.:.............................Professió:...............................................

Adreça:................................................... Localitat:................................

CP: .............. DNI:.......................................

Centre educatiu de procedència:..............................................................

Sap nedar? : [ ]  Molt [ ]  Poc [ ]  Gens

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

Nom:............................................ DNI: .......................................

Signatura: Data:...........................

 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? Quina? .........................................................................

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

Té algun tipus d’al·lèrgia? A què? ......................................................................

Observacions:.............................................................................................

EN CAS D’ACCIDENT AVISAR A :

Nom de la mare:.............................................................................................

Telèfon mòbil:..................... Telèfon feina:.....................

Nom del pare:.............................................................................................

Telèfon mòbil:..................... Telèfon feina:.....................

Altres:.......................................................................................................

Telèfon mòbil:..................... Telèfon feina:.....................

# TARJETA SANITÀRIA ON FIGURA COM A BENEFICIÀRI/A

Entitat:.......................................................................................................

Titular:.......................................................................................................

Número:.....................................................................................................