

FICHA DE MATRÍCULA

DATOS DEL NIÑO (MIS DATOS)

Mi primer apellido es _____ Mi nombre es _____
 Mi segundo apellido es _____
 Nací en _____ Provincia de _____
 El día _____ de _____ de _____ Soy de sexo _____
 Vivo en (calle o plaza) _____
 Nº _____ Piso _____ Puerta _____ C.P. _____
 Nuestro teléfono es el: _____

OTROS DATOS COMPLEMENTARIOS

Mi papá se llama _____ (nombre y apellidos)
 Nació el día _____ Su D.N.I. es el _____
 Su profesión es _____ y presta sus servicios en _____
 C/ _____ teléfono _____
 Su teléfono móvil es _____ Su e-mail es _____

Mi mamá se llama _____ (nombre y apellidos)
 Nació el día _____ Su D.N.I. es el _____
 Su profesión es _____ y presta sus servicios en _____
 C/ _____ teléfono _____
 Su teléfono móvil es _____ Su e-mail es _____

En total somos _____ (hermanos) y ocupo el _____ lugar.

Nombre hermanos	Fecha nacimiento	Sexo	Estudios/profesión
.....
.....
.....
.....

Con nosotros vive además D /Dña _____ que tiene _____ años
 y es _____ (parentesco) y su profesión es _____

EL HORARIO QUE VOY A HACER ES:

	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
$h \leq 3$ horas				
$3 < h \leq 6$				
$6 < h \leq 9$				
$9 < h \leq 12$				
$h > 12$ horas				

Iré a la escuela infantil "CUCU TASTAS" por primera vez el día _____

SERVICIO DE COMEDOR:

Utilizaré el servicio de comedor a la hora de:

	Servicio del centro	De casa(*)
EL DESAYUNO		
LA COMIDA		
LA MERIENDA		

De casa(*): Únicamente traerán la comida de casa los niños que se encuentren en la clase de los bebés. En los grupos de uno y dos años los niños que se queden a comer en el cole, lo harán utilizando el servicio de comedor del centro.

Las tomas serán:

Enteras	
Trituradas	
En biberón (solo de casa)	

PUEDEN VENIR A BUSCARME

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.

MI HISTORIAL:

Anteriormente he asistido a estos centros _____ de _____

He padecido (enfermedad) _____ a la edad de _____

Tengo alergia o intolerancia a (alimento, medicamento) _____

Tengo una enfermedad crónica que es: _____

A veces he tenido convulsiones _____

Me han intervenido quirúrgicamente de _____

Tengo malformaciones _____

En mi familia existen antecedentes de enfermedad grave _____

