

## FORMULARIO DE MATRÍCULA

### DATOS PERSONALES



Nombre y Apellidos del niño/a

Fecha de Nacimiento

M  F  
Sexo

Nombre y Apellidos del Padre o Tutor

Nombre y Apellidos de la Madre o Tutora

D.N.I o Pasaporte del Padre o Tutor/a

D.N.I o Pasaporte de la Madre o Tutora

Teléfono de Contacto (Padre)

Teléfono de Contacto (Madre)

Profesión/Trabajo Padre - Teléfono del trabajo

Profesión/Trabajo Madre - Teléfono del trabajo

Dirección /Población /Código Postal

Dirección /Población /CP. (dejar en blanco si es la misma)

Correo electrónico Padre

Correo electrónico Madre

### OTROS CONTACTOS (EMERGENCIAS)

Primer Contacto (Nombre y Apellidos)

Segundo Contacto (Nombre y Apellidos)

Teléfono de Contacto (Fijo y Móvil)

Teléfono de Contacto (Fijo y Móvil)

Dirección /Población /Código Postal

Dirección /Población /Código Postal

### DATOS MÉDICOS

Preferencia de hospital / clínica

Número de Seguridad social y/o Seguro Privado

Nombre del Médico

Número de Teléfono

Alergias u Otras cuestiones de Salud

### FORMA DE PAGO

Forma de Pago Habitual

Observaciones

**FECHA Y FIRMA PADRE /MADRE /TUTOR/A:**

#### Documentación Necesaria

- DNI de los Padres
- 4 Fotos de carnet del niño/a
- Cartilla de Vacunación
- Certificado Médico Oficial

**CONTROL DE HUELLA DACTILAR**

Nombre y Apellidos (Padre o Tutor)

Nombre y Apellidos (Madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
D.N.I o Pasaporte / Teléfono

\_\_\_\_\_  
D.N.I o Pasaporte / Teléfono

**FECHA Y FIRMA:**

[Empty box for date and signature]

**FECHA Y FIRMA:**

[Empty box for date and signature]

Primer Autorizado (Nombre y Apellidos)

Segundo Autorizado (Nombre y Apellidos)

\_\_\_\_\_  
D.N.I o Pasaporte / Teléfono

\_\_\_\_\_  
D.N.I o Pasaporte / Teléfono

Tercer Autorizado (Nombre y Apellidos)

Cuarto Autorizado (Nombre y Apellidos)

\_\_\_\_\_  
D.N.I. o Pasaporte / Teléfono

\_\_\_\_\_  
D.N.I. o Pasaporte / Teléfono

Quinto Autorizado (Nombre y Apellidos)

Sexto Autorizado (Nombre y Apellidos)

\_\_\_\_\_  
D.N.I. o Pasaporte / Teléfono

\_\_\_\_\_  
D.N.I. o Pasaporte / Teléfono

Séptimo Autorizado (Nombre y Apellidos)

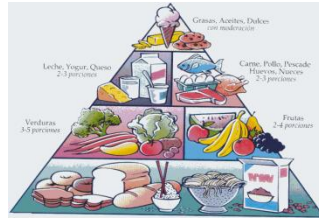
Octavo Autorizado (Nombre y Apellidos)

\_\_\_\_\_  
D.N.I. o Pasaporte / Teléfono

\_\_\_\_\_  
D.N.I. o Pasaporte / Teléfono

## TEST DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Marca con una cruz **roja** los alimentos que son **PROHIBIDOS** para tu hijo/a:



### 1) LÁTEOS

Leche       Yogur       Queso

### 2) LEGUMBRES

Lentejas     Judías       Guisantes       Garbanzos

### 3) PANES, CEREALES Y PASTA

Trigo       Arroz       Maíz       Pan Normal       Pasta

### 4) TUBERCULOS

Papas       Batata

### 5) FRUTAS

Manzana     Pera       Plátano     Sandía     Melón     Papaya     Naranja  
 Uva       Cereza     Fresa       Kiwi       Melocotón     Piña       Mandarina

### 6) VERDURAS

Lechuga     Tomate     Pepino     Buzongo     Calabaza     Espinacas     Acelgas  
 Coliflor     Habichuelas     Brócoli     Zanahoria

### 7) PESCADOS

Sardinias     Doradas     Lengado     Panga       Atún       Mero       Merluza  
 Bacalao     Viejas       Lubina

### 8) CARNES

Pollo       Pavo       Carne Res       Carne Cerdo       Huevo

### 9) OBSERVACIONES PARA OTROS ALIMENTOS

---



---



---

Firma Padre/Madre/Tutor

Observaciones para casos de Religión:

---