



## FICHA ESCOLAR



Clase: ..... Horario: .....

Agosto: ..... Empieza: .....

Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....

Nombre: ..... Fecha nacimiento: ..... Lugar: .....

C/ ..... nº ..... Piso .....

Población: ..... E.mail: .....

Telf. particular ..... Telf. de urgencias 1º .....

2º .....

### **DATOS FAMILIARES:**

**AUTORIZACIÓN FOTOS/CD/INTERNET: SI**

Nombre y apellidos del padre: .....

Profesión: ..... Empresa: ..... Telf.: .....

Nombre y apellidos de la madre: .....

Profesión: ..... Empresa: ..... Telf.: .....

**\* Nosotros como padres del niño mencionado, autorizamos al personal de El Niu dels Somnis, a administrar antitérmicos en caso necesario, tipo: \_\_\_\_\_**

**NOS COMPROMETEMOS A NOTIFICAR AL CENTRO, LA BAJA DEFINITIVA CON UN MES DE ANTELACIÓN Y POR ESCRITO, PARA EVITAR EL PAGO DE DICHO MES.**

**DATOS BANCARIOS:** Banco o Caixa \_\_\_\_\_

IBAN: ES \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Titular Sr./a: \_\_\_\_\_

**El alumno no podrá asistir al Centro si la mensualidad no es abonada dentro de los primeros cinco días del mes.**

Castelldefels, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_

Firma conformidad del titular



## FICHA PERSONAL DEL ALUMNO

### ASPECTOS SANITARIOS

ALGÚN TIPO DE ALERGIA	
TRATAMIENTO O DIETA	
ENFERMEDADES	

### COMPORTAMIENTO

LLORA FACILMENTE	
SE CONSUELA CON FACILIDAD	
ES DE CARÁCTER	

### OTROS ASPECTOS

LENGUA HABITUAL	
COME ENTERO/TRITURADO SOLO?	
TIENE ALERGIA ALGÚN MEDICAMENTO	
TIENE DIFICULDES PARA DORMIRSE	
PARA DORMIR LLEVA CHUPETE, ETC.	
COMENTARIOS	