



Gobierno
de Canarias

C.E.I.P. A. MILLARES CARLO
35006631

Puerto del Rosario

Avda. 1º de Mayo, 146 – Tlf.: 928 850 846

35006631@gobiernodecanarias.org

Curso 20 ___/20___

Curso: _____ Grupo: _____

Nº Expediente: _____

DATOS DEL ALUMNADO

NIF:		CIAL:	
NOMBRE:		1º APELLIDO:	
2º APELLIDO:		Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº S.S:
Fecha Nacimiento: ___/___/___	Municipio de Nacimiento:		
Provincia Nac.:	País:	Nacionalidad:	
DOMICILIO HABITUAL			
Calle:	Nº	Esc/Pis/Pta.:	
Localidad:	Cod. Postal:	Teléfono:	
Municipio:	Teléfono (en caso de Urgencia)		

DATOS TUTOR/ES LEGAL/ES

PADRE/TUTOR			
NIF:	Nombre:		
Apellidos:	Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Correo Electrónico	Móvil Urgencias		
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo:	Otro Teléfono:	
MADRE/TUTORA			
NIF:	Nombre:		
Apellidos:	Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Correo Electrónico	Móvil Urgencias:		
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo:	Otro Teléfono:	
En caso de divorcio: ¿Quién tiene la guardia y la custodia? Presentar en Secretaría la documentación que lo acredite.			
L a madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>			
Email del padre, madre o tutor/a legal:			

Datos Médicos de Interés

Deberán consignarse las alergias a los alimentos que estén debidamente demostradas debiendo aportar en este caso, copia del informe médico que así lo acredite

Puerto del Rosario , a ___ de ___ de ___