



**XUNTA  
DE GALICIA**

**CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN  
E ORDENACIÓN UNIVERSITARIA**

**CEIP ABELENDO** Abelendo S/N 36954 MOAÑA (Pontevedra)

✉ ceip.abelendo@edu.xunta.es ☎ 986-312233 fax 986 312233

## SOLICITUDE DE ADMISIÓN

### DATOS DO/A ALUMNO/A SOLICITANTE

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME
D.N.I.	DATA DE NACEMENTO	SEXO V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
No caso de ser admitido/a no centro, faría uso do servizo do comedor escolar?		SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
No caso de ser admitido/a no centro, faría uso do servizo de transporte escolar?		SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
No caso de ser admitido/a no centro, desexo que o meu fillo/a reciba ensino de:		
<input type="checkbox"/> Relixión		
<input type="checkbox"/> Atención educativa		

### DATOS DA NAI E DO PAI OU TITOR/A LEGAL

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	D.N.I.
PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	D.N.I.

### ENDEREZO FAMILIAR E OUTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO

ENDEREZO (RUA, NUMERO, PISO, LETRA)		
CONCELLO	C.P.	PROVINCIA
TELÉFONO FIXO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO

## ENDEREZO LABORAL DA NAI/TITORA

DENOMINACIÓN DA EMPRESA		ENDEREZO	
LOCALIDADE	CONCELLO	C.P.	PROVINCIA

## ENDEREZO LABORAL DO PAI/TITOR

DENOMINACIÓN DA EMPRESA		ENDEREZO	
LOCALIDADE	CONCELLO	C.P.	PROVINCIA

EXPÓN: que durante o presente ano académico cursa os estudos correspondentes ao \_\_\_\_\_ curso de \_\_\_\_\_ no centro \_\_\_\_\_.

**SOLICITA:** que sexa admitido para o vindeiro curso escolar como alumno/a do C.E.I.P. de Abelendo no nivel e curso que a continuación se detalla:

EDUCACIÓN INFANTIL    4º                       5º                       6º                       Curso  
   (3 anos)                      (4 anos)                      (5 anos)

EDUCACIÓN PRIMARIA    1º     2º     3º     4º     5º     6º                       Curso

**ACHEGA,** para tal efecto, a seguinte documentación acompañando esta instancia:

- Fotocopia da folla de inscrición do alumno/a no libro de familia.
- Informe médico.
- Fotocopia do boletín de vacinas.
- 3 fotografías tamaño carné.