

SERVICIO MATINAL 2023-2024

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/A NIÑ@: -----

FECHA DE NACIMIENTO: -----CURSO: -----

NOMBRE DEL PADRE: ----- NOMBRE DE LA MADRE:-----

TELÉFONOS DE CONTACTO: -----

ALERGIAS:

<input type="checkbox"/> N° días a la semana: _____	<input type="checkbox"/> ¿Semanas alternas? SI / NO	<input type="checkbox"/> Indicar qué días:	<u>Indicar:</u> <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
<input type="checkbox"/> Con desayuno.	<input type="checkbox"/> Sin desayuno	<input type="checkbox"/> A partir 8:30	

Los interesados, deben enviar esta solicitud al Anpa debidamente cumplimentada:

E-mail: anpaocruceirovigo@gmail.com

Whatsapp: 669 27 80 14