



FICHA DE RECOLLIDA DE DATOS

DATOS DO/A ALUMNO/A				
Apelidos e nome	Data de nacemento	Lugar de nacemento		
Concello	Provincia (País no seu caso)	Nacionalidade		
Curso no que se matricula	Educación Infantil	Educación Primaria		
	4º <input type="checkbox"/> (3 anos)	1º <input type="checkbox"/>	4º <input type="checkbox"/>	
	5º <input type="checkbox"/> (4 anos)	2º <input type="checkbox"/>	5º <input type="checkbox"/>	
	6º <input type="checkbox"/> (5 anos)	3º <input type="checkbox"/>	6º <input type="checkbox"/>	
DATOS CÓNIXUXE 1				
Apelidos e nome	DNI/NIE	Teléfono	Profesión (opcional)	Lugar de traballo (opcional)
DATOS CÓNIXUXE 2				
Apelidos e nome	DNI/NIE	Teléfono	Profesión (opcional)	Lugar de traballo (opcional)
ENDEREZO				
Vía (Rúa, Avenida, Praza...)	Número	Bloque	Andar	Porta
Lugar/Parroquia	CP	Concello	Provincia	
Teléfonos de contacto	Fixo	TF de urxencia 1 (indicar de quen é)	TF de urxencia 2 (indicar de quen é)	
Correo electrónico (escribir con maiúsculas):				
EDUCACIÓN RELIXIOSA/VALORES/ALTERNATIVA A RELIXIÓN				
Relixión Católica <input type="checkbox"/>		Relixión Evanxélica <input type="checkbox"/>	Valores Sociais e C/Alternativa a relixión <input type="checkbox"/>	
SERVIZOS XESTIONADOS POLO CONCELLO DE SANTIAGO				
Comedor <input type="checkbox"/>	Para facer uso destes servizos é necesario inscribirse no Concello			
Madrugadores <input type="checkbox"/>				
UTILIZACIÓN DA IMAXE				
Autorización da publicación da imaxe do/a seu/súa fillo/a nos recursos educativos do centro: exposicións, revistas, páxina web... suxeito a un uso <u>exclusivamente</u> educativo				
SÍ <input type="checkbox"/>			NON <input type="checkbox"/>	
DATOS MÉDICOS				
Sinalar calquera circunstancia que o profesorado deba ter en conta: alerxias, intolerancias, medicación que toma...				

Santiago de Compostela, _____ de _____ de 20_____

Sinatura: