



DATOS DEL COMENSAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

NOMBRE MADRE/TUTORA: _____

NOMBRE PADRE/TUTOR: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: _____

DATOS MÉDICOS SIGNIFICATIVOS: _____

MARCAR LO QUE PROCEDA: TRANSPORTE

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNADO

1.- _____ Telf.: _____

2.- _____ Telf.: _____

3.- _____ Telf.: _____

4.- _____ Telf.: _____

FIRMA MADRE/TUTORA:

FIRMA PADRE/TUTOR:

APORTAR A ESTA FICHA FOTOCOPIA CARTILLA MÉDICA DEL ALUMNADO