

Data de la matrícula: _____

Núm. Expedient: _____

DADES DE L'ALUMNE/A

Llinatges		Nom		DNI	
Data de naixement		Localitat			
Província		Nacionalitat			
Domicili		Localitat		Codi Postal:	
Núm. Seg. Social	Núm. Germans menors:	Núm. germans majors:	Autorització ús d'imatge: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

DADES DEL PARE/TUTOR

Llinatges		Nom		DNI	
Data de naixement		Localitat		Codi Postal	
Província		m@il:		Custòdia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Domicili		Professió		Data de naixement:	
Núm. Seg. Social		Altres telèfons:			

DADES DE LA MARE/TUTORA

Llinatges		Nom		DNI	
Data de naixement		Localitat		Codi Postal	
Província		m@il:		Custòdia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Domicili		Professió		Data de naixement:	
Núm. Seg. Social		Altres telèfons:			

OBSERVACIONS MÈDIQUES

MALALTIES	Pateix alguna malaltia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Quina o quines?
	Quins són els símptomes? (com ho reconixerem si passa a l'escoleta?)
	Com s'ha d'actuar si passa a l'escoleta?
MEDICAMENTS	Es al·lèrgic a algun medicament? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	A quins?
	Pot prendre apiretal, dalsy...? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALIMENTACIÓ	Es al·lèrgic a algun menjar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	A quins?