

## FICHA DE DATOS

### 1. Datos del/de la alumno/a

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de Nacimiento		D.N.I./N.I.E.	
Nacionalidad		País de Nacimiento		Localidad Extranjera	
Provincia de Nacimiento		Municipio de Nacimiento		Localidad de Nacimiento	
Correo electrónico					
DOMICILIO					
Tipo de Vía (calle, plaza, avenida, etc.)		Nombre de la vía		Código Postal	
Número	Bloque	Piso	Letra	Escalera	

### 2. Datos familiares (en caso de **MENORES DE EDAD**)

#### Representante Legal 1

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de Nacimiento		D.N.I./N.I.E.	
Teléfono	¿Vive en el domicilio familiar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Correo Electrónico		En calidad de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a legal	

#### Representante Legal 2

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de Nacimiento		D.N.I./N.I.E.	
Teléfono	¿Vive en el domicilio familiar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Correo Electrónico		En calidad de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a legal	

### 3. Situación Familiar

1	¿Es familia monoparental?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2	¿Existe separación o divorcio entre los representantes legales?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3	¿Hay situación de acogimiento familiar?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4	¿Quién tiene la guarda y custodia del menor? (En caso de separación o divorcio)		
	Representante legal 1 <input type="checkbox"/>	Representante legal 2 <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>

## 4. Otros datos de interés

<b>1</b>	<b>¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Especificar en caso afirmativo:	
<b>2</b>	<b>¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO PERIÓDICO?</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Especificar en caso afirmativo:	
<b>3</b>	<b>¿PRESENTA ALERGIAS A MEDICAMENTOS?</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Especificar en caso afirmativo:	
<b>4</b>	<b>¿PRESENTA INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS?</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Especificar en caso afirmativo:	

## 5. Seguro Escolar

<p>Se abona la cantidad de 1,12€ en concepto de Seguro Escolar</p> <p><input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p>
--