

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

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