

**DATOS DEL ALUMNOS**

NIF:		CIAL:	
NOMBRE:		1º APELLIDO:	
2º APELLIDO:		Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº S.S:
Fecha Nacimiento: __/__/__	Municipio de Nacimiento:		
Provincia Nac.:	País:	Nacionalidad:	

**DOMICILIO HABITUAL**

Calle:	Nº	Esc/Pis/Pta.:
Localidad:	Cod. Postal:	Teléfono:
Municipio:	Teléfono (en caso de Urgencia)	

**DATOS TUTOR/ES LEGAL/ES**

**PADRE/TUTOR**

NIF:	Nombre:
Apellidos:	Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	Nº Móvil:
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo: Otro Teléfono:

**MADRE/TUTORA**

NIF:	Nombre:
Apellidos:	Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	Nº Móvil:
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo: Otro Teléfono:

En caso de divorcio: ¿Quién tiene la guardia y la custodia?  
Presentar en Secretaría la documentación que lo acredite. L a madre  El padre  Ambos

Email del padre, madre o tutor/a legal:

**Datos Médicos de Interés**

Deberán consignarse las alergias a los alimentos que estén debidamente demostradas debiendo aportar en este caso, copia del informe médico que así lo acredite

Las Palmas de Gran Canaria, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_