

CURSO 20 /20

DATOS DE NIÑO/A

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	F. Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grupo Edad	Discapacidad	F. Acogimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/> No <input type="text"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/> Hombre <input type="text"/> Mujer

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF/NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección Postal <input type="text"/>				
Población	Provincia	Cod. Postal	Teléfono 1	Teléfono 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico <input type="text"/>				
Actúa en calidad de:	<input type="text"/> Padre	<input type="text"/> Madre	<input type="text"/> Tutor/a Legal	<input type="text"/> Acogedor/a

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

NIF/NIE	Apellidos y Nombre (incluido el/la solicitante)	F. Nacimiento	Parentesco	Situación Laboral	Ingresos Anuales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total Ingresos Anuales...					<input type="text"/>

Nº de Miembros de la Unidad Familiar: Nº de Hijos/as de la Unidad Familiar:

SERVICIOS QUE SOLICITA

Jornada continuada: de las a las horasJornada partida: de las a las horas y de las a las horas Jornada de Mañana Jornada de Tarde Atención con Comedor Atención sin Comedor

OTROS DATOS DE INTERÉS

No estando localizables, avisar a: Teléfono: Nº Seguridad Social del Niño/a: El Pediatra del Niño/a: Teléfono: Tiene alergia a algún medicamento, comida o producto: Cuidados Especiales:

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

Número de personas que non forman parte de la unidad familiar a cargo de esta...

Número de miembros de la unidad familiar con enfermedades o discapacidades.....

Tipo de enfermedad o discapacidad:

Madre Padre Otros miembros

- Discapacidad física, psíquica o sensorial.....

- Enfermedad crónica que requiere internamiento periódico.....

SI NO

Condición de familia monoparental.....

Ausencia de hogar familiar de ambos miembros parentales.....

Condición de familia numerosa.....

Condición de hijo/a de personal del centro.....

Condición de familia de acogida.....

Hermano/a con plaza renovada o de nuevo ingreso en centro para el próximo curso

Nombre de niño/a

Otras circunstancias familiares debidamente acreditadas

SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR

	Ocupación Laboral	Desempleo	RISGA	Otras Situaciones
Padre				
Madre				

En _____ a _____ de _____ de 20__ .

Firmado: