

CURSO 20 /20

## DATOS DE NENO/A

|                      |                                                  |                      |                                                       |
|----------------------|--------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|
| Primeiro Apelido     | Segundo Apelido                                  | Nome                 | D. Nacemento                                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                  |
| Grupo Idade          | Discapacidade                                    | D. Acollemento       | Sexo                                                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> Non <input type="text"/> Si | <input type="text"/> | <input type="text"/> Home <input type="text"/> Muller |

## DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

|                                                                                                                                             |                      |                      |                      |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NIF/NIE                                                                                                                                     | Nome                 | Primeiro Apelido     | Segundo Apelido      |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Enderezo Postal <input type="text"/>                                                                                                        |                      |                      |                      |                      |
| Poboación                                                                                                                                   | 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 calidade de: <input type="text"/> Pai <input type="text"/> Nai <input type="text"/> Titor/a Legal <input type="text"/> Acolledor/a |                      |                      |                      |                      |

## DATOS DA UNIDADE FAMILIAR

|                          |                                            |                      |                      |                      |                      |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NIF/NIE                  | Apelidos e Nome (incluído o/a solicitante) | D. Nacemento         | Parentesco           | Situación Laboral    | Ingresos Anuais      |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Total Ingresos Anuais... |                                            |                      |                      |                      | <input type="text"/> |

Nº de Membros da Unidade Familiar:  Nº de Fillos/as da Unidade Familiar: 

## SERVIZOS QUE SOLICITA

|                                           |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Xornada continuada:                       | das <input type="text"/> ata <input type="text"/> horas                                                           |
| Xornada partida:                          | das <input type="text"/> ata <input type="text"/> horas e das <input type="text"/> ata <input type="text"/> horas |
| Xornada de Mañá <input type="text"/>      |                                                                                                                   |
| Xornada de Tarde <input type="text"/>     |                                                                                                                   |
| <input type="text"/> Atención con Comedor |                                                                                                                   |
| <input type="text"/> Atención sin Comedor |                                                                                                                   |

## OUTROS DATOS DE INTERESE

|                                                     |                      |           |                      |
|-----------------------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Non estando localizables, avisar a:                 | <input type="text"/> | Teléfono: | <input type="text"/> |
| Nº Seguridade Social do Neno/a:                     | <input type="text"/> |           |                      |
| O Pediatra do Neno/a:                               | <input type="text"/> | Teléfono: | <input type="text"/> |
| Ten alerxia a algún medicamento, comida ou produto: | <input type="text"/> |           |                      |
| Coidados Especiais:                                 | <input type="text"/> |           |                      |

**SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR**

Número de persoas que non forman parte da unidade familiar a cargo desta.....

Número de membros da unidade familiar con enfermidades ou discapacidades.....

**Tipo de enfermidade ou discapacidade:****Nai****Pai****Outros membros**

- Discapacidade física, psíquica ou sensorial.....

- Enfermidade crónica que require internamento periódico.....

**SI****NON**

Condición de familia monoparental.....

Ausencia de fogar familiar de ámbolos dous membros parentais.....

Condición de familia numerosa.....

Condición de fillo/a de persoal do centro.....

Condición de familia de acollida.....

Irmá/n con praza renovada ou de novo ingreso no centro para o próximo curso

**Nome de neno/a**  
**Outras circunstancias familiares debidamente acreditadas****SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR****Ocupación Laboral****Desemprego****RISGA****Outras Situacións**

Pai

Nai

---

En

a

de

de 20 .

Asinado: