



Alumno: _____

Fecha nacimiento:

Padre:

DNI: _____

Teléfono contacto:

Email contacto:

Dirección:

Madre: _____

DNI: _____

Teléfono contacto:

Email contacto:

Dirección:

Alergias: _____

Otros datos médicos:

Horario:

Persona autorizada
recogida:

Seguro: