



**ESCUELA INFANTIL MUNICIPAL “EL PRINCIPITO”**

**SOLICITUD DE MATRÍCULA**

**DATOS DEL NIÑO/A:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Nació el día: \_\_\_\_\_ en la localidad de: \_\_\_\_\_  
Provincia de: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Puerta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de un familiar: \_\_\_\_\_  
(indicar nombre y parentesco): \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES:**

Nombre y Apellidos del padre: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

¿Trabaja en la actualidad?: Si  No  Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
(en caso afirmativo aportar justificante)

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de la madre: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

¿Trabaja en la actualidad?: Si  No  Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
(en caso afirmativo aportar justificante)

E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Hijos \_\_\_\_\_ Número de orden que ocupa el que motiva la presente solicitud: \_\_\_\_\_ (nacido el 1º, 2º, 3º, etc.)

¿Tiene el niño/a alguna enfermedad o minusvalía física o psíquica?: Si  No

En caso afirmativo, ¿qué enfermedad o qué tipo de minusvalía?: \_\_\_\_\_

¿Es el primer año que asiste a la Escuela Infantil? Si  No

¿Tiene algún hermano/a matriculado/a en el centro? Si  No

¿Tiene alergia o intolerancia a algún alimento? Si  No , en caso afirmativo, indique los mismos: \_\_\_\_\_



Modalidad de matrícula que elige (marcar con una X el recuadro correspondiente):

<b>Curso Ordinario.</b> Horario: Mañana de 9,00 a 13,00 horas y tarde de 15,00 a 17,00 horas.	
<b>Servicio de media jornada.</b> Horario: mañana de 9,00 horas a 13,00 horas.	
<b>Servicio de madrugadores.</b> Horario: Mañana de 8,00 horas a 9,00 horas.	
<b>Servicio vespertino.</b> Horario: Tardes de 17,00 a 18,00	
<b>Aula de la Uva. Jornada completa.</b> Desde el inicio de curso hasta el 31 de diciembre.	
<b>Aula de la Uva. Servicio media jornada.</b> Desde el inicio de curso hasta el 31 de diciembre.	
<b>Aula de Verano.</b> Desde el 1 de julio al 15 del mismo mes.	
<b>Servicio de comida.</b> De 13,00 horas a 15,00 horas	

D./D<sup>a</sup>.

padre/madre o representante legal del niño/a cuyos datos figuran anteriormente, SOLICITA MATRICULA para dicho hijo/a, y se compromete a acatar y respetar todas las normas anexas a la presente hoja de matriculación.

EL PADRE, MADRE O TUTOR

Monforte del Cid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

NOTA: Una vez cumplimentado este impreso, póngase en las Oficinas Municipales, para hacer entrega del presente documento. Gracias.