

**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

La Oliva, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_