

Nº Registro:

Fecha de entrada:

Sello del Ayuntamiento

ESCUELA INFANTIL

PREINSCRIPCIONES CURSO 2010/2011

Datos personales del niño/a:

Nombre:	_____	Apellidos:	_____	
Fecha de Nacimiento:	_____	Lugar:	_____	
Domicilio C/:	_____	Localidad:	_____	
Teléfono:	_____	D.N.I.:	_____	
Empadronado en Gálvez:	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Datos de los padres/tutores:

Nombre del padre/tutor:	_____		
D.N.I.:	_____		
Profesión:	_____	Teléfono contacto:	_____
Nombre de la madre/tutora:	_____		
D.N.I.:	_____		
Profesión:	_____	Teléfono contacto:	_____
Dirección de correo electrónico :	_____		

Horario y Servicio de Comedor:

Horario:	<input type="checkbox"/>	9:00 h. - 14:00 h.		
	<input type="checkbox"/>	7:30 h. - 17:00 h.		
Otras opciones:	_____			
Servicio de Comedor:	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

A la presente preinscripción se debe adjuntar:

- 1.- Fotografía reciente
- 2.- Fotocopia del D.N.I. o en ausencia fotocopia del Libro de Familia.

NOTA: TENDRÁN PREFERENCIA LOS NIÑOS EMPADRONADOS EN GÁLVEZ