



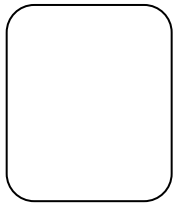
Comunidad  
de Madrid



RIVAS  
VACIAMADRID



escuela infantil  
**LUNA  
LÚNERA**



**Datos del niño o niña:**

|                             |  |                  |      |      |  |
|-----------------------------|--|------------------|------|------|--|
| Nombre y Apellidos          |  |                  |      |      |  |
| NIA                         | DNI/NIE                                | Fecha Nacimiento | Sexo |      |  |
| País nacimiento             | Provincia nacimiento                   |                  |      |      |  |
| Nacionalidad                | Nº de afiliación a la Seguridad Social |                  |      |      |  |
| Nº miembros unidad familiar | Nº de hermanos                         | Lugar que ocupa  |      |      |  |
| Domicilio                   | Localidad                              |                  |      | C.P. |  |
| Provincia                   | Ocupa plaza N.N.E.E.                   | Nivel educativo  |      |      |  |

**Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor (RL)**

|                    |                  |                 |  |  |  |
|--------------------|------------------|-----------------|--|--|--|
| Nombre y Apellidos |                  |                 |  |  |  |
| DNI/NIE            | Fecha nacimiento | Nacionalidad    |  |  |  |
| Teléfono           | Teléfono trabajo | Horario trabajo |  |  |  |
| Estudios           | Profesión        | Nº Seg. Social  |  |  |  |
| Email              |                  |                 |  |  |  |

**Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor (RL)**

|                    |                  |                 |  |  |  |
|--------------------|------------------|-----------------|--|--|--|
| Nombre y Apellidos |                  |                 |  |  |  |
| DNI/NIE            | Fecha nacimiento | Nacionalidad    |  |  |  |
| Teléfono           | Teléfono trabajo | Horario trabajo |  |  |  |
| Estudios           | Profesión        | Nº Seg. Social  |  |  |  |
| Email              |                  |                 |  |  |  |

**Horario que solicita:**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Datos médicos:**

|                                      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Estado de salud general              |  |  |  |  |  |
| Vacunaciones                         |  |  |  |  |  |
| Alergias                             |  |  |  |  |  |
| Observaciones médicas significativas |  |  |  |  |  |

**Cuotas:**

|                               |                            |       |  |  |  |
|-------------------------------|----------------------------|-------|--|--|--|
| Fecha de ingreso en el Centro | Fecha de baja en el Centro |       |  |  |  |
| Comedor                       | Horario Ampliado           | Total |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

En

, a

.