

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / A

Nombre:..... Apellidos:.....

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

Domicilio actual:

C. Postal Población Teléfono

E-mail : Asiste por primera vez a un Centro Infantil: Si No

Nombre del Centro anterior

DATOS MÉDICO BÁSICOS

Alimentos o bebidas que NO puede tomar

.....
.....

Alergias detectadas

En caso de fiebre y si no se localiza a los padres ¿se le puede dar apiretal? SI NO

En caso negativo, ¿Cómo debemos actuar?

.....

En caso de enfermedad, fiebre, vómitos, etc., nombre y teléfono de otras persona /s a las que se debe avisar (para que recojan al niño / a) si no localizamos a los padres :

.....

DATOS FAMILIARES

- Nombre padre/madre

D.N.I: Profesión / Empresa

Teléfono del trabajo Móvil

- Nombre madre/padre

D.N.I.Profesión / Empresa

Teléfono del trabajomóvil ---.....

Padres separados : Si No Custodia : Padre Madre Compartida

Número de hermanos (sin incluirlo / la) ¿Ha/n estado en NANIN?

Nombre /s Número de orden en el total de hermanos/as