



Datos inscripción

El alumno/a:	
Nombre y apellidos:	
Fecha nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Doc:	Núm S.S.:
Domicilio:	
Población:	CP:
Población de nacimiento:	Provincia de nacimiento:
País de nacimiento:	Nacionalidad:
Correo electrónico:	
Teléfono móvil:	Teléfono fijo:
Número de hermanos:	Hermanos menores:
Padre/Madre/Tutor: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a	
Nombre y apellidos:	
Fecha nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Doc:	Custodia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Domicilio:	
Población:	CP:
Correo electrónico:	Teléfono móvil:
Teléfono fijo:	Teléfono trabajo:

Autorizaciones

Mensajes inmediatos: SMS Correo electrónico
 Mensajes de información general: SMS Correo electrónico
 Mensajes de faltas de asistencia: SMS Correo electrónico
 Enviar información del alumno Autorización uso imagen Salidas escolares Salida durante patio
 Salida última hora Traslado centro salud Administración de medicamentos

Padre/Madre/Tutor: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor/a	
Nombre y apellidos:	
Fecha nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Doc:	Custodia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Domicilio:	
Población:	CP:
Correo electrónico:	Teléfono móvil:
Teléfono fijo:	Teléfono trabajo:

Autorizaciones

Mensajes inmediatos: SMS Correo electrónico
 Mensajes de información general: SMS Correo electrónico
 Mensajes de faltas de asistencia: SMS Correo electrónico
 Enviar información del alumno Autorización uso imagen Salidas escolares Salida durante patio
 Salida última hora Traslado centro salud Administración de medicamentos

Otros	
Actualmente repite curso: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Religión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asociación de madres/padres: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Guardería: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comedor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transporte escolar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Firmas	
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Tutor/a	<input type="checkbox"/> Tutor/a