

**Dades inscripció**

Alumne/a:	
Nom i llinatges:	
Data naixement:	Sexe: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Doc:	Núm S.S.:
Domicili:	
Població:	CP:
Municipi de naixement:	Província de naixement:
País de naixement:	Nacionalitat:
Correu electrònic:	
Telèfon mòbil:	Telèfon fix:
Nombre de germans:	Germans menors:
Pare/Mare/Tutor: <input type="checkbox"/> El pare <input type="checkbox"/> La mare <input type="checkbox"/> Tutor/a	
Nom i llinatges:	
Data naixement:	Sexe: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Doc:	Custòdia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Domicili:	
Població:	CP:
Correu electrònic:	Telèfon mòbil:
Telèfon fix:	Telèfon treball:

Autoritzacions

Missatges immediats: SMS Correu electrònic
 Missatges d'informació general: SMS Correu electrònic
 Missatges de faltes d'assistència: SMS Correu electrònic
 Enviar informació de l'alumne/a Autorització ús imatge Sortides escolars Sortides durant esplai
 Sortida a darrera hora Trasllat al centre de salut Administració de medicaments

Pare/Mare/Tutor: <input type="checkbox"/> El pare <input type="checkbox"/> La mare <input type="checkbox"/> Tutor/a	
Nom i llinatges:	
Data naixement:	Sexe: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Doc:	Custòdia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Domicili:	
Població:	CP:
Correu electrònic:	Telèfon mòbil:
Telèfon fix:	Telèfon treball:

Autoritzacions

Missatges immediats: SMS Correu electrònic
 Missatges d'informació general: SMS Correu electrònic
 Missatges de faltes d'assistència: SMS Correu electrònic
 Enviar informació de l'alumne/a Autorització ús imatge Sortides escolars Sortides durant esplai
 Sortida a darrera hora Trasllat al centre de salut Administració de medicaments

Altres	
Actualment repeteix curs: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Religió: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Associació de mares/pares: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escola matineria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Menjador: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transport escolar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Signatures	
<input type="checkbox"/> El pare	<input type="checkbox"/> El pare
<input type="checkbox"/> La mare	<input type="checkbox"/> La mare
<input type="checkbox"/> Tutor/a	<input type="checkbox"/> Tutor/a