



CEIP SANT JORDI
Ctra. Aeroport s/n
07817 Sant Jordi de Ses Salines
tel. 971395167 fax 971395549
email: ceipsantjordi.eivissa@educacio.caib.es

L'alumne/a _____, matriculat al
_____ nivell d'educació _____ pel curs acadèmic 20____/ 20____ cursarà
l'àrea de (triau-ne una):

<input type="checkbox"/>	Religió catòlica
<input type="checkbox"/>	Atenció educativa

El pare

La mare

Sgt. _____
DNI _____

Sgt. _____
DNI _____

Sant Jordi, ____ de/d' _____ de 20 ____



CEIP SANT JORDI
Ctra. Aeroport s/n
07817 Sant Jordi de Ses Salines
tel. 971395167 fax 971395549
email: ceipsantjordi.eivissa@educacio.caib.es

L'alumne/a _____, matriculat al
_____ nivell d'educació _____ pel curs acadèmic 20____/ 20____ cursarà
l'àrea de (triau-ne una):

<input type="checkbox"/>	Religió catòlica
<input type="checkbox"/>	Atenció educativa

El pare

La mare

Sgt. _____
DNI _____

Sgt. _____
DNI _____

Sant Jordi, ____ de/d' _____ de 20 ____