



Solicitante: (ALUMNO/A)

Nombre:		Apellidos:					
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad:					Teléfono:	
NIF:	Fecha de nacimiento:				NISS:		
			/			/	

<input type="checkbox"/> NEAE	<input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas					
<input type="checkbox"/> Discapacidad reconocida (_ %)	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otras	

Padre / Tutor legal:

Nombre y apellidos:		NIF:	
Correo electrónico:	Teléfono:	Urgencias:	

Madre / Tutora legal:

Nombre y apellidos:		NIF:	
Correo electrónico:	Teléfono:	Urgencias:	

Dirección (Por favor, indique: calle, piso, número, etc.):

Código Postal:	Municipio:	Provincia:
----------------	------------	------------

Curso solicitado: (RODEE EL CURSO QUE SOLICITE)

<input type="checkbox"/> Educación Especial	Edad del alumno/a: _____					
<input type="checkbox"/> Infantil	3 años	4 años	5 años			
<input type="checkbox"/> Educación Primaria (EPO)	1º	2º	3º	4º	5º	6º
<input type="checkbox"/> Educación Secundaria (ESO)	1º			2º	3º	4º
<input type="checkbox"/> Bachillerato de Humanidades y Ciencias Sociales					1º	2º
<input type="checkbox"/> Bachillerato de Ciencias					1º	2º
<input type="checkbox"/> Ciclo Formativo de Grado Básico (CFGB DUAL): _____					1º	2º

Curso actual: (RODEE EL CURSO ACTUAL DE SU HIJO/A)

<input type="checkbox"/> Educación Especial	Edad del alumno/a: _____					
<input type="checkbox"/> Infantil	3 años	4 años	5 años			
<input type="checkbox"/> Educación Primaria (EPO)	1º	2º	3º	4º	5º	6º
<input type="checkbox"/> Educación Secundaria (ESO)	1º			2º	3º	4º
<input type="checkbox"/> Bachillerato					1º	2º
<input type="checkbox"/> Ciclo Formativo de Grado Básico (CFGB): _____					1º	2º

Centro de procedencia:	Cursos repetidos:
------------------------	-------------------

Servicios complementarios:

<input type="checkbox"/> Externo/a	<input type="checkbox"/> Aula matinal	Residencia:	
<input type="checkbox"/> Interno/a en Casa Madre	<input type="checkbox"/> Aula de espera	<input type="checkbox"/> Madre Teresa	<input type="checkbox"/> El Pilar
<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Transporte escolar	<input type="checkbox"/> Bermúdez de Castro	<input type="checkbox"/> Aldeas Infantiles
<input type="checkbox"/> Estudio supervisado	<input type="checkbox"/> Extraescolares	<input type="checkbox"/> Otra:	

Como tutor/a legal del/de la solicitante declaro conocer y aceptar el ideario y las normas del Colegio.

En Granada, a ____ de _____ de 202__

Fdo.: _____