



CONCELLO DE VAL DO DUBRA (A Coruña)

R.E.L.N.º 0115888 – C.I.F. P-1508900-F Teléf. 981889000 – Fax 981889100
Rúa arcaí. 41 – Bembibre – C.P. 15873 – E-mail: correo@valdodubra.gal

INSCRIPCIÓN NO SERVIZO DE MADRUGADORAS E MADRUGADORES

DATOS DO/A ALUMNO/A

Nome e apelidos:		Data de nacemento
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Idade	Nacionalidade	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio/Rúa		Número, escaleira, andar e porta
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Código postal	Localidade	Concello
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro de ensino no que solicita o servizo		Curso (exemplo: 4ºEI, 3ºEP...)
<input type="text"/>		<input type="text"/>

DATOS DOS/AS RESPONSABLES LEGAIS (PAI / NAI / TITOR/A OU RESPONSABLE LEGAL

Nome e apelidos		DNI-NIF/NIE
<input type="text"/>		<input type="text"/>
N.º Seguridad Social		Mutua ou Aseguradora
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Domicilio/Rúa		Número, escaleira, andar e porta
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Código postal	Localidade	Concello
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONOS DE CONTACTO		
Teléfono domicilio	Teléfono traballo	Teléfono móbil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Parentesco coa persoa solicitante coa alumna ou alumno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

MADRUGADORES/AS CON ALMORZO (para utilizar este servizo os/as alumnos/as deben incorporarse ao centro, como mínimo 30 minutos antes do inicio das clases)

Curso escolar:
<input type="text"/>
Días á semana que utilizará o servizo: (marque cun X)
<input type="checkbox"/> Todos os días <input type="checkbox"/> 4 días a la semana <input type="checkbox"/> 3 días a la semana <input type="checkbox"/> 2 días a la semana <input type="checkbox"/> 1 día a la semana <input type="checkbox"/> Dias soltos

DATOS BANCARIOS: CONTA DE PAGO

IBAN	CÓDIGO SWIFT/BIC (Se non o coñece, deixar en branco)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de conta bancaria	
<input type="text"/>	



CONCELLO DE VAL DO DUBRA (A Coruña)

R.E.L.N.º 0115888 – C.I.F. P-1508900-F Teléf. 981889000 – Fax 981889100
Rúa arcaí. 41 – Bembibre – C.P. 15873 – E-mail: correo@valdodubra.gal

OUTRAS OBSERVACIÓNS:

Toma algún medicamento?		Cal?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>
Ten alerxias?		Cales?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>
Asma?		Observacións:
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>
Maréase con frecuencia?	Vomita con frecuencia?	Padece hemorraxias a miúdo?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
Ten convulsións?	Ten algún rexime alimenticio?	Tes as vacinas correspondentes á súa idade?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
Ten algunha discapacidade?	Especificar:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	
Outras:		
<input type="text"/>		

Como responsable legal do menor declaro baixo a miña responsabilidade que o/a solicitante de almorzo de madrugadores arriba mencionado/a, non padece ningunha enfermidade contaxiosa, nin alerxia ou intolerancia alimentaria, que lle impida utilizar o servizo de almorzo sen ningunha precaución especial.

Aviso: as alerxias ou intolerancias alimentarias non impiden usar o servizo de comedor, sempre que solicitude veña acompañada co correspondente certificado médico.

DOCUMENTACIÓN A ACHEGAR POLO/A INTERESADO

- Documento que acredite a identidade da nai, pai ou responsable legal.
- Acreditación da representación, se procede.
- Documento que acredite a garda e custodia en caso de separación, divorcio ou outros casos se procede.
- Certificado médico de alerxias e/ou intolerancias, se procede.