



DATOS SOLICITADOS

CENTRO QUE SOLICITA: _____

NOMBRE DEL NIÑ@: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ALÉRGIAS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS: _____

NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

D.N.I. DEL PADRE: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

D.N.I. DE LA MADRE: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

NÚMERO DE HERMAN@S: _____

OBSERVACIONES:
