



Comunidad de Madrid



RIVAS VACIAMADRID



rayuela

**Datos del niño o niña:**

Nombre y Apellidos					
NIA	DNI/NIE	Fecha Nacimiento	Sexo		
País nacimiento	Provincia nacimiento				
Nacionalidad	Nº de afiliación a la Seguridad Social				
Nº miembros unidad familiar	Nº de hermanos	Lugar que ocupa			
Domicilio	Localidad		C.P.		
Provincia	Ocupa plaza N.N.E.E.	Nivel educativo			

**Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor (RL)**

Nombre y Apellidos					
DNI/NIE	Fecha nacimiento	Nacionalidad			
Teléfono	Teléfono trabajo	Horario trabajo			
Estudios	Profesión	Nº Seg. Social			
Email					

**Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor (RL)**

Nombre y Apellidos					
DNI/NIE	Fecha nacimiento	Nacionalidad			
Teléfono	Teléfono trabajo	Horario trabajo			
Estudios	Profesión	Nº Seg. Social			
Email					

**Horario que solicita:**


**Datos médicos:**

Estado de salud general					
Vacunaciones					
Alergias					
Observaciones médicas significativas					

**Cuotas:**

Fecha de ingreso en el Centro		Fecha de baja en el Centro			
Comedor	Horario Ampliado	Total			


En

, a

.