

## INSCRIPCIÓN ESCUELA DE SEPTIEMBRE 2024/25

Nombre del/la menor		DNI	
Fecha de nacimiento		Curso	

Nombre y apellidos de la madre/tutora		DNI	
Nombre y apellidos del padre/tutor		DNI	
Teléfonos de contacto			

DATOS MÉDICOS DEL MENOR		
¿Tiene algún tipo de alergia a medicamentos, alimentos, animales, ...?	SI	NO
Indicar:		
¿Toma algún tipo de medicación o tratamiento médico?	SI	NO
Indicar:		
Observaciones:		

Benejúzar, de de 2024

Firma de la madre/padre/tutor