



ESCUELA INFANTIL FUENTE DEL JARRO

DATOS DE MATRÍCULA

FECHA DE ALTA: _____ CURSO: 20__ -20__

DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Nº Hermanos:

Posición

Domicilio:

Población:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Teléfono 3:

DATOS DE MATRÍCULA

Servicios para los que solicita matrícula (marcar con una X)

- Educación (9-12 y 15/17)
- Comedor completo (comida y merienda)
- BONOS DE COMEDOR
- Escuela Matinera 7:00 – 9:00
- Escuela Matinera 8:00 – 9:00
- Ludoteca 17:00 – 18:00
- Ludoteca 17:00 – 19:00

****HORARIOS ESPECIALES COMUNICAR A DIRECCIÓN.**



DATOS DE LOS PADRES

Nombre:

Apellidos:

D.N.I.:

HORARIO DE TRABAJO:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Teléfono3:

Nombre:

Apellidos:

D.N.I.:

HORARIO DE TRABAJO:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Teléfono 3:

DATOS BANCARIOS

Titular:

D.N.I. Titular:

Entidad: _____

Sucursal: _____

DC: _____

Número de cuenta: _____

**Adjuntar fotocopia de datos de la cartilla bancaria.*

Nombre y apellidos

Firma:

Fecha:

He leído y acepto las condiciones de la matrícula