



MATRÍCULA 17/18

Dades alumne/a

Nom	Llinatges
-----	-----------

Sexe	M	F	Curs on es matricula:	Infantil	Primària
				4t 5è 6è	1r 2n 3r 4t 5è 6è

Telèfons urgència:

Sou família nombrosa?	Sí No	Cas afirmatiu:	General	Especial
-----------------------	-------	----------------	---------	----------

Qui posseeix guarda i custòdia?	Ambdós	Pare/Mare/tutor 1	Pare/Mare/tutor 2
---------------------------------	--------	-------------------	-------------------

Quedarà a menjador?	Sí, tots els dies de la setmana	Sí, però sols uns dies	No
---------------------	---------------------------------	------------------------	----

Farà ús de l'escoleta matinerà?	Sí, tots els dies de la setmana	Sí, però sols uns dies	No
---------------------------------	---------------------------------	------------------------	----

Al·lèrgies, intoleràncies?

Dades Pare/Mare/tutor 1

Nom	Llinatges
-----	-----------

DNI/NIE/Passaport	Telèfon
-------------------	---------

e-mail

Dades Pare/Mare/tutor 2

Nom	Llinatges
-----	-----------

DNI/NIE/Passaport	Telèfon
-------------------	---------

e-mail

Amb la finalitat de reduir la despesa de paper i agilitzar el procés, PER DEFECTE les CIRCULARS seran ENVIADES al CORREU ELECTRÒNIC que heu definit. Si malgrat tot les voleu rebre en paper, posau-vos en contacte amb secretaria.

Segueix darrera 

AUTORITZACIONS

Marcau amb una X per autoritzar

AUTORITZAU que la IMATGE del VOSTRE FILL/A pugui aparèixer en fotografies corresponents a ACTIVITATS ESCOLARS lectives, complementàries i extraescolars organitzades pel centre i publicades a les diferents plataformes digitals que utilitzi el centre, a filmacions destinades a difusió pública no comercial o a les revistes o publicacions d'ÀMBIT EDUCATIU?

AUTORITZAU les SORTIDES ESCOLARS dins el municipi sense fer ús de transport?
Les sortides on es faci ús de transport s'hauran d'autoritzar expressament

AUTORITZAU que el VOSTRE FILL/A SURTI TOTSOL del CENTRE un cop FINALITZADES les ACTIVITATS LECTIVES o en ACABAR el servei de MENJADOR (cas que en faci ús)?

AUTORITZAU el trasllat del VOSTRE FILL/A al CENTRE de SALUT, sols en casos d'urgència?

AUTORITZAU l'administració de MEDICAMENTS?

Només en cas que sigui un medicament que s'hagi de prendre de manera permanent. Cas que sigui de manera esporàdica s'haurà d'autoritzar expressament.

Explicau allò que considereu necessari respecte l'administració de medicaments. Quins medicaments, freqüència,...

Altres informacions que necessitem saber

El vostre fill/a es matricularà a l'àrea de (encercla l'opció escollida):

Valors cívics i socials

Religió

Signatura

Pare/Mare/tutor 1

Signatura

Pare/Mare/tutor 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Esportes, de juny de 2017