



DADES DE L'ALUMNE/A i AUTORITZACIONS:

| | |
|---|--------------------------------|
| CURS ACTUAL: | REPETEIX CURS: SI // NO |
| PRIMER LLINATGE: | |
| SEGON LLINATGE: | |
| NOM: | |
| SEXE: HOME // DONA | |
| Nº de DNI / NIE / PASSAPORT: | |
| DATA DE NAIXEMENT: | |
| POBLACIÓ DE NAIXEMENT: | |
| PROVÍNCIA DE NAIXEMENT: | |
| PAÍS DE NAIXEMENT: | |
| CENTRE DE PROCEDÈNCIA: | |
| RELIGIÓ CATÒLICA: SI // NO | |
| AUTORITZACIÓ SORTIDES ESCOLARS: SI // NO | |
| AUTORITZACIÓ DRETS D'IMATGE: SI // NO | |
| AUTORITZACIÓ TRASLLAT AL CENTRE DE SALUT: SI // NO | |

Marcau amb un cercle l'opció de religió que voleu per al vostre fill/a i les autoritzacions.

ADREÇA DE L'ALUMNE:

| | |
|------------------------------------|------------------|
| CARRER: | Nº: |
| CODI POSTAL: | POBLACIÓ: |
| TELÈFON DEL PARE: | |
| TELÈFON DE LA MARE: | |
| ALTRES TELÈFONS D'URGÈNCIA: | |

DADES DEL PARE/TUTOR:

| |
|------------------------------------|
| PRIMER LLINATGE: |
| SEGON LLINATGE: |
| NOM: |
| Nº de DNI, NIE o PASSAPORT: |
| DATA DE NAIXEMENT: |
| POBLACIÓ DE NAIXEMENT: |
| PAÍS DE NAIXEMENT: |
| TELÈFONS: |
| E-MAIL: |

DADES DE LA MARE/TUTORA:

| |
|------------------------------------|
| PRIMER LLINATGE: |
| SEGON LLINATGE: |
| NOM: |
| Nº de DNI, NIE o PASSAPORT: |
| DATA DE NAIXEMENT: |
| POBLACIÓ DE NAIXEMENT: |
| PAÍS DE NAIXEMENT: |
| TELÈFONS: |
| E-MAIL: |