

# INSCRIPCIÓN

COLEGIO: .....

FORMA PARTE DEL AMPA: SI/ NO

LOCALIDAD: .....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: .....

## CURSO A REALIZAR

INFANTIL 1 / 2 / 3 PRIMARIA 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 FECHA DE NACIMIENTO .....

DOMICILIO DEL ALUMNO .....

LOCALIDAD: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

### DATOS PERSONALES DEL TUTOR PRINCIPAL

RELACIÓN CON EL/LA ALUMNO/A

PADRE  MADRE  TUTOR  DNI  NACIONALIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS .....

TELÉFONO DE CONTACTO ..... EMAIL .....

\*Rellenar el siguiente apartado sólo si el domicilio del tutor principal no coincide con el del alumno

**DIRECCIÓN** .....

LOCALIDAD .....

### DATOS PERSONALES DEL SEGUNDO TUTOR (En caso de que lo tenga)

RELACIÓN CON EL/LA ALUMNO/A

PADRE  MADRE  TUTOR  DNI  NACIONALIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS .....

TELÉFONO DE CONTACTO ..... EMAIL .....

\*Rellenar el siguiente apartado sólo si el domicilio del tutor principal no coincide con el del alumno

**DIRECCIÓN** .....

LOCALIDAD .....

### DETALLE DEL SERVICIO DE MADRUGADORES

**DESAYUNO** SI / NO

DÍAS                      L   M   X   J   V                      FECHA DE INICIO                      /                      /

## ALERGIA O INTOLERANCIA ALIMENTARIA

SI NO ALIMENTOS

Si el alumno padece una ALERGIA o INTOLERANCIA ALIMENTARIA es OBLIGATORIO para cada curso, el envío del certificado médico y una foto reciente del alumno a [info@cateringan.com](mailto:info@cateringan.com), indicando en el asunto del email: ALERGIA+COLEGIO+NOMBRE DEL ALUMNO

### DATOS BANCARIOS DEL PAGADOR DEL SERVICIO

IBAN ENTIDAD SUCURSAL DC N° DE CUENTA

Titular de la cuenta      SWIFT/BIC

En caso de no conocerlo, dejarlo en blanco

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del titular de la cuenta