

Programa Municipal de Conciliación “Conciliortigueira”

ALMORZOS NA ESCOLA IMPRESO DE MATRÍCULA Curso 2025/ 2026

NOME E APELIDOS DA NENA/O:

DATA DE NACEMENTO: _____

NOME E APELIDOS DA NAI:

Nº D.N.I. _____

NOME E APELIDOS DO PAI:

Nº D.N.I. _____

ENDEREZO FAMILIAR:

LOCALIDADE: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO:

Telf. (1): _____ Telf. (2): _____

Telf. (3): _____

CURSO: _____

Profesor/a _____

HORA + - de chegada _____

FORMA DE PAGAMENTO Mediante domiciliación bancaria.

INTOLERANCIA E/OU ENFERMIDADE

A nena/o presenta a seguinte intolerancia, alerxia e/ou enfermidade: _____

polo que é necesario tomar as seguintes medidas: _____

URXENCIAS

En caso de urxencia ou porque as circunstancias o fagan aconsellable e de non atopar telefonicamente as persoas responsables do neno/a, **AUTORIZO** ao persoal do CIM para que poidan trasladar o/a neno/a ao centro de saúde, ao hospital ou ata o seu domicilio.

COÑECEMENTO E ACEPTACIÓN DO REGULAMENTO

A persoa asinante coñece as normas de regulamento do Programa “Almorzos na Escola”

Ortigueira, _____ de _____ de 2025

Asdo.: _____