ESCUELA DE EDUCACIÓN INFANTIL
MUNICIPAL DE ALBELDA

Lo Niu

AYUNTAMIENTO
DE ALBELDA

SOLICITUD DE ADMISIÓN

CURSO……. / …….

1. DATOS DEL NIÑO / NIÑA

Nombre _____

Apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / 20___

Calle o Plaza _____ nº _____ Piso _____

Municipio _____ C. Postal _____

Teléfono(s)_____

2. DATOS FAMILIARES

PADRE (o tutor):

Nombre: _____Edad: _____

Situación laboral: Profesión _____ Trabaja : si /no
Empresa _____

MADRE (o tutora):

Nombre: _____Edad: _____

Situación laboral: Profesión _____ Trabaja : si /no
Empresa _____

HERMANOS U OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN CON EL NIÑO/A:

Apellidos	Nombre	Parentesco

3. SOLICITAN :

Se admita al niño/a _____ para el curso escolar 20___ / 20___ como alumno de la Escuela de Educación Infantil Municipal "Lo Niu".

Firma del padre, madre, o tutor: