

DADES DE L'ALUME O ALUMNA / DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA	
NOM/NOMBRE:	
COGNOMS/APELLIDOS:	
DATA DE NAIXEMENT/FECHA DE NACIMIENTO:	SEXE/SEXO:
AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA (NECESSARI ADJUNTAR INFORME MÈDIC) ALERGIA O INTOLERANCIA (NECESARIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)	

INICI DEL SERVEI A PARTIR DEL MES _____

INICIO DEL SERVICIO A PARTIR DEL MES _____

SIGNATURA PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL
FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

ALBUIXECH _____ DE _____ DE 20 _____