



NOMBRE DEL NIÑO/A	
APELLIDOS	
EDAD	AÑOS
DIRECCIÓN	
LOCALIDAD	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	
TELÉFONO DE CONTACTO	
MÓVIL	
ALÉRGIA (En caso de tener alergia indique el tipo y el tratamiento).	
MEDICACIÓN (En caso de tomar alguna medicación durante el horario de la escuela, indique cual y la forma de administración).	
COSTE MATRÍCULA (15 €)	PAGADA (a rellenar en Administración)
FECHA	FIRMA PADRE/MADRE



Ayuntamiento  
de  
Camporrobles