



APOYO ESCOLAR Octubre 2024 – Marzo 2025

DATOS DEL PARTICIPANTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
Edad:	Fecha de nacimiento:	
Curso escolar:		
Nombre y apellidos del Padre/responsable:		
Nombre y apellidos de la Madre/responsable:		
Dirección	Código Postal	Localidad:
Correo electrónico de contacto:		

TELEFONOS DURANTE LA ACTIVIDAD DE APOYO ESCOLAR

Teléfonos para localizar durante la actividad:

--

Observaciones

¿Padece su hijo/a alguna enfermedad/dolencia/alergia? ¿Toma alguna medicación? ¿Tiene algún tipo de disfuncionalidad conductual que la profesora necesite conocer?

--

Documentación a aportar

- Ficha de inscripción cumplimentada y firmada
- Fotocopia del DNI del padre, madre o tutor legal
- Fotocopia de la tarjeta sanitaria del participante

D/D^a.....autorizo a nuestro/a hijo/a (nombre del niño/a):..... a participar en las clases de Apoyo Escolar que organiza el Ayuntamiento de Santa Elena de Jamuz, de octubre a marzo de 2025, y que se celebrarán en la Casa de Cultura de Jiménez de Jamuz

En _____ a _____ de _____ de 2024.

FIRMA DEL RESPONSABLE