COLEGIO ARCANGEL RAFAEL

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: | Nombre:

Fecha nacimiento: / / | Lugar de nacimiento: | Provincia:

Domicilio: | n.º | Piso | Localidad: | C.P.

Teléfonos: | e-mail: | D.N.I.

N.º Hermanos | Lugar entre ellos: | Tiene hermanos en el Colegio:

Colegio o Guardería donde estudió anteriormente

Alergias a algún tipo de alimento o medicamento:

DATOS FAMILIARES

PADRE:

Apellidos: | Nombre:

Domicilio: (En caso de ser diferente al del alumno) | n.º | Piso | Localidad: | C.P.

Estudios: | Profesión: | Empresa:

Teléfono: | Móvil: | Teléfono trabajo: | e-mail:

MADRE:

Apellidos: | Nombre:

Domicilio: (En caso de ser diferente al del alumno) | n.º | Piso | Localidad: | C.P.

Estudios: | Profesión: | Empresa:

Teléfono: | Móvil: | Teléfono trabajo: | e-mail:

Titular de la correspondencia: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Alumno ☐ Otro

ESTUDIOS QUE REALIZARÁ

☐ Educación Infantil — Curso _____

☐ Educación Primaria — Curso _____

☐ Educación Secundaria — Curso _____

☐ Bachillerato — Curso _____

Bachillerato (elegir una opción)

☐ Ciencias e Ingenierías ☐ Ciencias de la Salud

☐ Ciencias Sociales ☐ Humanidades

☐ Ética ☐ Religión

COLEGIO ARCANGEL RAFAEL

¿Cómo han conocido el Colegio?

¿Cuáles son las motivaciones que les han llevado a solicitar plaza en este Colegio?

Indique con una X si el alumno utilizará alguno de estos servicios.

☐ Autocar Escolar ☐ Comedor

☐ Guardería (de 7 am a 7 pm) ☐ Horario _____ ☐ Desayuno - Merienda

AUTORIZACIÓN BANCARIA (Autorizo al centro al cobro de los servicios contratados mediante domiciliación bancaria en la cuenta):

BANCO O CAJA

TITULAR DE LA CUENTA

Fdo. D./Dña. _____

OBSERVACIONES

Madrid, _____ de _____ de 2010