

DADES DEL NEN/A	
Nom i Cognoms	
Adreça	
Data de naixement	
Jornada que farà	

INFORMACIÓ MÈDICA	
Antecedents de malalties	
Malaltia/deficiència destacable	
Al·lèrgies o intoleràncies	
Vacunes	

DADES FAMILIARS			
MARE		PARE	
Nom i Cognoms		Nom i Cognoms	
Mòbil		Mòbil	
Tlf. Feina		Tlf. Feina	
e-mail		e-mail	

Telèfon d'urgències n°1	
-------------------------	--

Telèfon d'urgències n°2	
-------------------------	--

Viu amb la mare i el pare <input type="checkbox"/>	Viu amb el pare <input type="checkbox"/>	Viu amb la mare <input type="checkbox"/>
Altres situacions familiars:		

PERSONES AUTORITZADES PER A RECOLLIR AL NEN/A			
Nom i Cognoms		DNI	
Nom i Cognoms		DNI	
Nom i Cognoms		DNI	

DADES BANCÀRIES	
Nom de la entitat bancària:	
IBAN: _____	
Titular del compte:	DNI:

*En efectuar aquesta alta, accepto les condicions d'aquest centre, acceptant les normes de règim intern establertes per la Direcció, dirigides al desenvolupament del nen/a.*

**FIRMA** (pare/mare o tutor legal):

A \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_