

A LUMNO/A:

CURSO:

ETAPA:

PADRE/MADRE/TUTOR:

TEL:

SERVICIOS SOLICITADOS: (Señalar lo que proceda con X)

COMEDOR: <input type="checkbox"/>	
MENSUAL: <input type="checkbox"/>	DÍAS SUELTOS: <input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR: _____ _____ _____	

AULA MATINAL: <input type="checkbox"/>	
MENSUAL: <input type="checkbox"/>	DÍAS SUELTOS: <input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR: _____ _____ _____	

ALERGIA/INTOLERANCIA:

Fdo: _____
Padre, madre o Representante legal

Hijas de la Caridad