

AYUNTAMIENTO DE MEDIO CUDEYO
Tlf. 942522685

SOLICITUD SERVICIO COMPLEMENTARIO AULA MATINAL

C.R.A. PEÑA CABARGA

DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre y apellidos .....

.....

Fecha de nacimiento .....Curso en el que está inscrito .....

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A:

Nombre y apellidos .....

.....

Teléfono……

Correo electrónico…….

LUGAR DE RESIDENCIA:

Dirección .....

Localidad .....

HORARIO SOLICITADO DE ESTANCIA (7:30 a 9.00/ 8.25 a 9.00)

.....

SERVICIO SOLICITADO (COMPLETO, PARCIAL U OCASIONAL):

…….

INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A A TENER EN CUENTA POR EL PERSONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO:

.....

.....

.....

.....

Solares, de de

Fdo: