



DATOS BÁSICOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR _____

DOMICILIO (C/Avda.) _____

Nº _____ PISO _____

LOCALIDAD _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

PROFESIÓN _____

TELÉFONO _____

NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA _____

PROFESIÓN _____

TELÉFONO _____

NÚMERO DE HERMANOS _____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS _____

¿Padece alguna enfermedad importante? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál _____

¿Tiene algún tipo de alergia (alimentos, medicamentos...)? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál y aporte el informe médico _____

Administración de vacunas según calendario establecido por la Seguridad Social SÍ NO

Otros datos de interés que puedan interferir en el área de Educación Física _____
