

INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIONES

Nombre del niño/a:.....

Fecha de nacimiento.....

Calle/ Plaza.....nº.....

C. Postal.....Población.....Tel. Casa.....

Móvil Padre/madre.....Móvil Madre/padre.....

Otros teléfonos de interés/ casa/ trabajo.....

Es alumno/a de Sacapuntas? SI NO (de qué escuela viene?.....

E-mail.....

SE MATRICULA EN LAS SIGUIENTES SEMANAS Y SERVICIOS:

(Poner una X donde proceda)

De 0-2 años De 2-4 años De 4-6 años De 6-8 años

nº DE SEMANASDELHASTA EL.....

CON SERVICIO DE COMEDOR SI NO

DESGLOSE SERVICIOS :

ESUELA COMEDOR..... HORARIO EXTRA.....

DTOS:.....

BECA DE COMEDOR JULIO:.....CHEQUE ESCOLAR JULIO.....

SERVICIOS SOCIALES:.....

COSTE TOTAL :

€

FORMA DE PAGO Y RESERVA:

Pagaré el importe en metálico/ o por transferencia antes del día 16 de junio de 2025 en el Centro.

He sido informado del funcionamiento y acepto las normas y que una vez realizado el pago y reserva el centro no devolverá tal importe.

Firmado:

ENCUESTA FAMILIAR

VUESTRO HIJO/A COME BIEN?.....

NECESITA AYUDA PARA COMER?.....

HACE SIESTA?.....CUÁNTO TIEMPO?.....

TIENE AUTONOMÍA.....EN QUÉ CASOS NECESITA AYUDA?.....

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?.....¿CUÁL?.....

PADECE ALGUNA MINUSVALÍA.....¿CUÁL?.....

PADECE ALGUNA ALÉRGIA?..... A QUÉ O A QUÉ COSAS?.....

OTRAS COSAS DE INTERÉS (aficiones, juegos, deportes, etc.)

EN EL CASO DE URGENCIA Y SI EL CENTRO NO PUEDE CONTACTAR CONMIGO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL DEL CENTRO SE OCUPE DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO/A. ADJUNTAR UNA COPIA DE LA SIP DEL/A MENOR.

Firma de los padres o tutores:

AUTORIZACIÓN FOTOS

D/ Dña.....

Con DNI.....

Como padre/madre/tutor autorizo a mi hijo/a

Autorizo al personal del centro para que pueda realizar fotos a mi hijo/a durante la estancia en el centro. al igual que pueda subirlas a las redes sociales o en sus publicaciones del centro.

No autorizo

firmado:

Valencia, ade.....de 2025