**MATRÍCULA**

**ESCUELA INFANTIL MUNICIPAL DE RICOTE**

**CURSO 2023-2024**

Alumno/a....................................................................................

Fecha de nacimiento......................

Dirección completa…………………………………………………………………………………………..

**Datos de los padres o tutores:**

**Datos de la madre o tutora**:

Nombre………………………………………………………………………… NIF……………..…………

Telf. …………………. Fecha nacimiento:………………………..

**Datos del padre o tutor:**

Nombre………………………………………………………………………… NIF……………..…………

Telf. ……………… Fecha nacimiento:…………………….

**DATOS MÉDICOS ALUMNO/A:**

⬜ **Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

⬜ Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Animales o alimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ *¿Sigue algún tipo de medicación o tratamiento médico especial? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

⬜ *¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

⬜ He sido informado/a de las normas de la guardería.

⬜ Autorizo a la **utilización de las imágenes** recogidas durante actividades, fiestas, teatros, talleres, etc. donde aparezca nuestro/a hijo/a y que puedan ser publicadas y difundidas en: publicaciones municipales, medios de información local, soportes educativos de carácter no comercial y, como documento gráfico para que los alumnos/as y sus padres tengan un recuerdo de su paso por la guardería.

⬜ Autorizo a D./Dña……………………………………………..para recoger a nuestro hijo/a en caso de no poder asistir nosotros.

La matrícula se formalizará en el Ayuntamiento aportando la siguiente documentación:

* Fotografía del niño.
* Nº de cuenta bancaria.
* Empadronamiento.
* Fotocopia tarjeta sanitaria.
* Fotocopia libro de familia.

En Ricote, a …………. de………. de ……

Fecha y Firma Padre, Madre o tutor/a