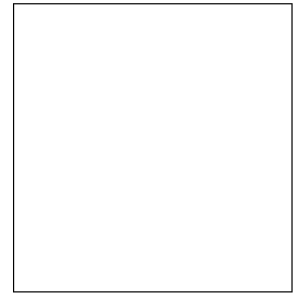




## FITXA ESCOLAR



Classe: ..... Horari: .....

Agost: ..... Comença: .....

Primer Cognom: ..... Segon Cognom: .....

Nom: ..... Data naixement: ..... Lloc:.....

C/ ..... nº ..... Pis .....

Població: ..... E.mail:.....

ALUMNE AMB N.E.E. .... Telf. d'urgència 1er .....  
(Necessitats Educatives especials)

Telf. particular ..... 2on .....

**DADES FAMILIARS:** **AUTORITZACIÓ FOTOS/CD/INTERNET:** SI

Nom i Cognom del pare: .....

Professió:..... Empresa:..... Telf.:.....

Nom i Cognom de la mare: .....

Professió:..... Empresa:..... Telf.:.....

**\* Nosaltres com a pares del nen anomenat, autoritzem al personal de El Niu dels Somnis, a  
suministrar antitèrmics en cas necessari, tipus:\_\_\_\_\_**

**EN CAS DE BAIXA DEFINITIVA, ENS COMPROMETEM A AVISAR AL CENTRE AMB UN MES  
D'ANTELACIÓ I PER ESCRIT, PER TAL D'EVITAR EL PAGAMENT DEL CORRESPONENT MES.**

**DADES BANCÀRIES:** Banc o Caixa \_\_\_\_\_

IBAN: ES \_ \_ \_ \_ \_

Titular Sr./a: \_\_\_\_\_

**L'alumne/a no podrà assistir** al Centre si la **mensualitat no és abonada** dins els cinc primers dies del mes.

Castelldefels, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_

Signatura conformitat del titular



## FITXA PERSONAL DE L'ALUMNE

### ASPECTES SANITARIS

ALGÚN TIPUS D'AL·LÈRGIA	
TRACTAMENT O DIETA	
MALALTIES	

### COMPORTAMENT

PLORA FACILMENT	
ES CONSOLA AMB FACILITAT	
ES DE CARÀCTER .....	

### ALTRES ASPECTES

LLENGUA HABITUAL	
MENJA SENCER/TRITURAT SOL?	
TE AL·LÈRGIA ALGUN MEDICAMENT	
TE DIFICULTAT PER ADORMIR-SE	
PER DORMIR PORTA XUMET, ETC.	
COMENTARIS	