



<b>ACTIVIDAD:</b>	<b>CURSO Y GRUPO:</b>
<b>FECHA:</b>	

**DATOS PERSONALES**

<b>APELLIDOS:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO</b>	Padre:
	Madre:
	Alumno/a:
<b>CORREOS ELECTRÓNICOS</b>	Padre:
	Madre:

**OTRAS NECESIDADES**

<b>ALIMENTACIÓN ESPECIAL:</b>	<b>ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO/MEDICAMENTO:</b>
<b>TOMA ALGUNA MEDICACIÓN:</b>	
<b>ADJUNTO INFORME MÉDICO EN CASO DE CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL</b> <input type="checkbox"/>	
<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>	

**POR FAVOR, RELLENAD Y DEVOLVED A LA PERSONA ENCARGADA**