

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

FOTO

### DATOS PERSONALES ALUMN@

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono contacto (móvil): \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono contacto (móvil): \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

A) ALERGIAS (Especificar tipo): \_\_\_\_\_

a.1) Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_

a.2) Animales: \_\_\_\_\_

a.3) Alimentos: \_\_\_\_\_

B) INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS: \_\_\_\_\_

C) ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIAL O ALGÚN PROBLEMA MÉDICO?

ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

D) ¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN DE COMIDA? (tipo): \_\_\_\_\_

E) ¿EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NO PUEDA TOMAR? \_\_\_\_\_

F) ¿PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE? \_\_\_\_\_

FG ¿TIENE ALGÚN MIEDO HACIA ALGO EN ESPECIAL? \_\_\_\_\_

H) ¿SUFRE ALGÚN TIPO DE RETRASO MOTOR O MENTAL? \_\_\_\_\_

I) ¿NECESITA ALGÚN APOYO EXTRA? \_\_\_\_\_

I) OTRAS OBSERVACIONES QUE DESEE REFLEJAR:

\_\_\_\_\_

DATOS ALOJAMIENTO:

1. REPETIR CON LA MISMA FAMILIA DEL CURSO PASADO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, NOMBRE DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

2. HABITACIÓN INDIVIDUAL (SUPLEMENTO £25 /30€ SEMANALES) : \_\_\_\_\_

3. HABITACIÓN COMPARTIDA : \_\_\_\_\_

COMPAÑER@ IES / NOMBRE COMPAÑER@ : \_\_\_\_\_

COMPAÑER@ EXTRANJER@ : \_\_\_\_\_