

**HORARIO AMPLIADO
RECOGIDA DE DATOS
NOMBRE DEL NIÑO/A:**

HORARIO QUE SOLICITA

MAÑANA

7.30

8.00

8.30

TARDE

16.30

17.00

17.30

AULA/EDUCADOR _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

Nombre del padre _____

Tef.trabajo _____

Nombre de la madre _____

Tef.trabajo _____

OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

PESONA QUE LE RECOGERÁ _____

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN PRODUCTO ALIMENTICIO?

¿TIENE DIFICULTADES PARA TOMAR ALGÚN ALIMENTO?

H.A.MAÑANA ¿QUÉ DESAYUNA?

OTROS DATOS DE INTERÉS
