

RESERVA DE PLAZA EN ESCUELA INFANTIL



Ayuntamiento
FONTANAR

Nombre y apellidos del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de contacto : _____

Correo: _____

Fecha en la que desea comenzar: _____

Horario que necesitas: _____

Servicio de escuela en agosto: SI/NO

Nombre y apellidos progenitor 1: _____

Nombre y apellidos progenitor 2: _____

DNI progenitor 1: _____

DNI progenitor 2: _____

Domicilio familiar/dirección: _____