

RESERVA DE PLAZA EN ESCUELA INFANTIL



Ayuntamiento
FONTANAR

Nombre y apellidos del peque:_____

Teléfono de contacto :_____

Correo:_____

Fecha de nacimiento:_____

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:_____
