

**SOLICITUD ACOGIDA MATINAL**

Nombre alumn@ \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Portal \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Letra \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/tutora \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Tfno Fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Socio (táchese lo que proceda): Si                      No

Fecha \_\_\_\_\_

Firmado

Don \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Como madre, padre, tutor o tutora \_\_\_\_\_

(X) Adjuntar fotocopia de la Tarjeta Sanitaria.

Con esta solicitud autorizo al AMPA Luis Braille a un **uso pedagógico** de las imágenes realizadas en las actividades lectivas, complementarias y extraescolares organizadas y publicadas en la página web del AMPA Luis Braille.