



C. D. Santa María Micaela
Granada

SOLICITUD MATRÍCULA AULA MATINAL CURSO 2024/2025

ALUMNO/ALUMNA: _____ CURSO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONOS _____

DOMICILIO _____ C.P. _____

ALERGIAS/INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

OPCIONES HORARIAS (**Señale la opción que necesite con una X**)

_____ ENTRADA A PARTIR DE LAS 7:30 HORAS.....40€(MES); 3€(DÍAS SUELTOS)

_____ ENTRADA A PARTIR DE LAS 8:00 HORAS.....30€(MES);2€(DÍAS SUELTOS)

DÍAS QUE ASISTIRÁ SU HIJO/HIJA (**Marcar con una x**)

| LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-------|--------|-----------|--------|---------|
| | | | | |

DATOS BANCARIOS:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA: _____

| IBAN | ENTIDAD | OFICINA | DC | NÚMERO DE CUENTA |
|------|---------|---------|----|------------------|
| | | | | |

GRANADA A, _____ DE _____ DE 20 _____

FECHA DE INICIO DEL ALUMNO O DE LA ALUMNA: _____

PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

FDO.: _____