



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
UNIVERSIDADES, CIENCIA
Y PORTAVOCÍA

E.E.I. TRIS TRAS
Centro 28047708
Camino de la Cantueña S/N, 28982 Parla
TELF: 91 6051932 / 660336436
eitristras@hotmail.com

IMPRESO DE MATRICULACIÓN ESCUELA INFANTIL TRIS-TRAS

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Nacionalidad: _____

Domicilio: C/ _____ Nº _____ Localidad _____

Nivel educativo: _____ Ocupa plaza de NEE.: _____

Nombre y apellidos del padre o tutor: _____

Fecha de nacimiento: _____ D.N.I.: _____

Nacionalidad: _____

Teléfono de contacto: _____

Nombre y apellidos de la madre o tutora: _____

Fecha de nacimiento: _____ D.N.I.: _____

Nacionalidad: _____

Teléfono de contacto: _____

Otras personas y teléfonos de contacto: _____

CUOTAS:

- Escolaridad: _____ 0 _____ €.

- Comedor: _____ xxx€/mes _____

- Horario ampliado: _____ xxx€/media hora/mes. Horario solicitado: _____

DATOS BANCARIOS:

Titular de la cuenta: _____

ES _____

Con la firma de este documento hacemos constar que estamos en conocimiento de la normativa de funcionamiento del centro la cual asumimos en todos sus aspectos.

En Parla, a _____ de _____ de 202__

Directora
(sello del Centro)

Padre/Madre o tutor/a