



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