

# Mi escuela

Se llama: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Mi clase: \_\_\_\_\_

Mi educador: \_\_\_\_\_



# Mis datos

Me llamo: \_\_\_\_\_

Mi cumpleaños: \_\_\_\_\_

Mi padre es: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

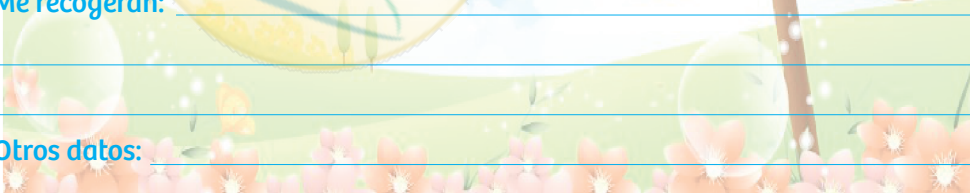
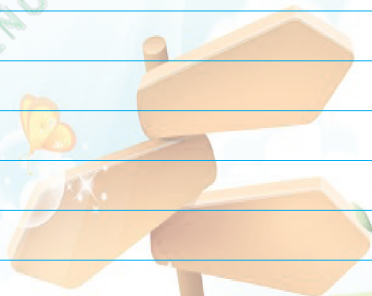
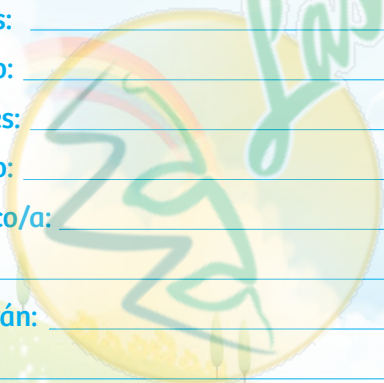
Mi madre es: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Soy alérgico/a: \_\_\_\_\_

Me recogerán: \_\_\_\_\_

Otros datos: \_\_\_\_\_



Pega el calendario del curso

Las Nubes

DISEÑO & IMPRESIÓN



# Autorizaciones de recogida

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)



El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)



El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)

# Autorizaciones de recogida

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)



El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)



El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)

# Autorizaciones de recogida

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)



El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)







El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ me recogerá:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_ (padre, madre, tutor)

Día  de  de 202

Ha comido:	 NADA	 POCO	 BASTANTE	 TODO	OBSERVACIONES
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comida		Primer Plato <input type="checkbox"/>	Segundo Plato <input type="checkbox"/>	Postre <input type="checkbox"/>	

Ha dormido: De  hasta

Cambios: CACA Nº  Bien  Mal  PIPÍ

Observaciones de la escuela:









Observaciones de casa:





Día  de  de 202

Ha comido:	 NADA	 POCO	 BASTANTE	 TODO	OBSERVACIONES
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comida		Primer Plato <input type="checkbox"/>	Segundo Plato <input type="checkbox"/>	Postre <input type="checkbox"/>	

Ha dormido: De  hasta

Cambios: CACA Nº  Bien  Mal  PIPÍ

Observaciones de la escuela:





Observaciones de casa:



