

Mi escuela

Se llama: _____

Teléfono: _____ Mi clase: _____

Mi educador: _____



Mis datos

Me llamo: _____

Mi cumpleaños: _____

Mi padre es: _____

Teléfono: _____

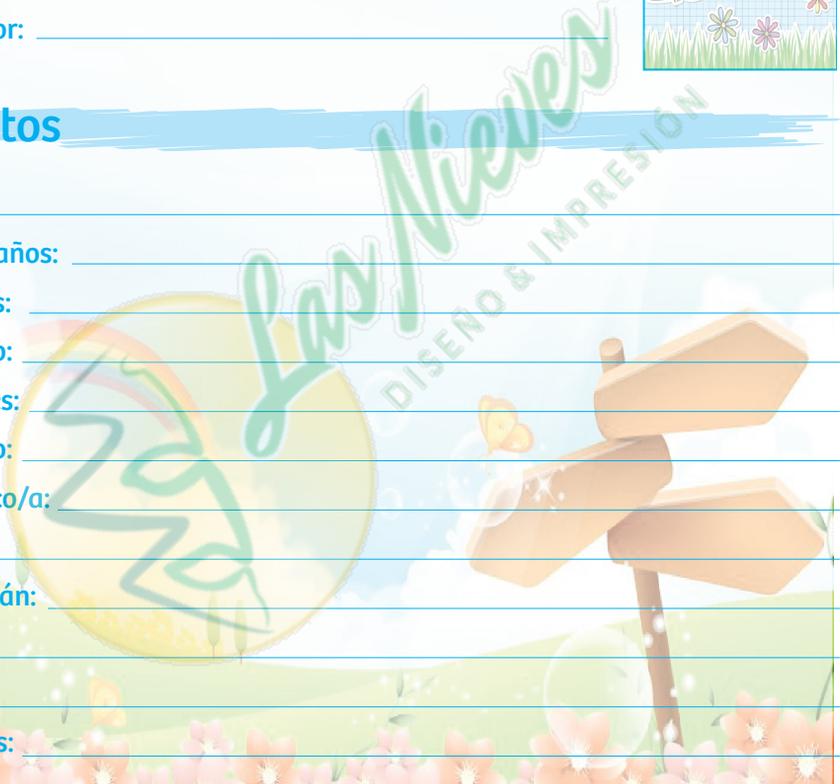
Mi madre es: _____

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:



