

**MATRÍCULA ESCUELA INFANTIL**  
*Curso Escolar 20\_\_ - 20\_\_*

<b>INTERESADO</b>	Nombre y Apellidos (padre o madre del niño)		N.I.F.
	Domicilio	Población	C.P.
	Provincia	Email	Teléfono

<b>REPRESENTANTE</b>	Nombre		N.I.F.
	Domicilio	Población	C.P.
	Provincia	Email	Teléfono

**Medio de notificación:** POSTAL / ELECTRONICO

<b>Nombre y apellidos del niño:</b>
<b>Fecha de nacimiento del niño:</b>
<b>Horarios utilización de la Escuela:</b> (Anotar horario aproximado a realizar)
<b>Entrada:</b> ..... (Entre 8:30 y 10:00) <b>Salida:</b> .....(Entre 12:55 y 13:30)
<b>Servicio de Comedor:</b> <b>SI</b> <b>NO</b>
<b>Servicio Especial de tarde</b> (A partir de las 16:30, con posible salida cada hora, hasta las 20:30) Horario entrada: ..... Horario salida: .....

\* El Servicio de Comedor y el Especial de Tarde, se instaurará siempre que exista una demanda de niños suficiente para ponerlo en servicio.

**DECLARO** que son ciertos los datos anteriores y, estando interesado en matricular a mi hijo/a en la Escuela Municipal de Educación Infantil para el curso arriba indicado, aporto la documentación que se relaciona al dorso.

Tarazona, a ..... de ..... de 20.....

**Firma del interesado**

(En caso de representación: firma del interesado y del representante y copia del NIF de ambos)

**ILMO. SR. ALCALDE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TARAZONA**

**DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA.**

- ❑ Tres fotografías de carnet del niño/a y una grande de tamaño cartera
- ❑ Fotocopia de la tarjeta de Servicio Aragonés de Salud del niño/a
- ❑ Impreso con los datos del Banco o Caja donde se domicilie el pago de la cuota mensual
- ❑ Fotocopia de la cartilla de vacunación del niño/a, debiendo acreditarse el suministro de las vacunas requeridas para la edad correspondiente

**Acompañada de originales para compulsar copias.**