



**XUNTA DE GALICIA**  
**CONSELLERÍA DE**  
**POLÍTICA SOCIAL**

**ESCOLAS INFANTIS 0-3 DEPENDENTES DA**  
**AXENCIA GALEGA DE SERVIZOS SOCIAIS**

FOTO ACTUAL  
 DA/O NENA/O

**IMPRESO DE MATRICULA**

Escola Infantil:

Curso:

Nome da/o nena/o:

Sexo:

Data nacemento:

Grupo de idade:

Cota:

Outras/os irmás/áns no centro

Nome

Grupo de idade

.....

.....

.....

.....

Horario de asistencia:

Xornada continuada: dende.....ata.....horas

Xornada partida: dende.....ata.....horas

e de.....ata.....horas

Xornada de tarde: dende.....ata.....horas

Comedor:

Si

Non

Nome(s) da nai, do pai ou titor/a:

.....

.....

DNI/NIF:

.....

.....

Enderezo:

Teléfono(s):

Correo electrónico:

Neno/a con necesidades específicas de apoio educativo:

Discapacidade física, psíquica ou sensorial:

Intolerancias alimentarias e/ou alerxias:

Outros datos de interese:

Sinatura da/o nai/pai ou titor/a:

En

, a de

de 20

De conformidade co establecido na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD), infórmase á/ao interesada/o que os datos facilitados neste impreso incorporaranse ao ficheiro de datos da Consellería de Política Social. Poderá exercer, en calquera momento, os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na Lei.