



CONCELLO DE NARÓN

RELACIÓN DE ALUMNADO PARA O QUE SE SOLICITA O SERVIZO DE MADRUGADORES (USUARIOS/AS FIXOS/AS)

ANEXO I (S-SOC-49)

Espazo reservado para uso administrativo

ALUMNADO

<i>Persoa física: nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	☐ DNI ☐ NIE ☐ Outros
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro Escolar</i>	<i>Nivel Educativo</i>
	☐ Varón ☐ Muller		

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)

Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)

Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	☐ DNI ☐ NIE ☐ Outros
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro Escolar</i>	<i>Nivel Educativo</i>
	☐ Varón ☐ Muller		

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)

Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)

Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	☐ DNI ☐ NIE ☐ Outros
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro Escolar</i>	<i>Nivel Educativo</i>
	☐ Varón ☐ Muller		

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)

Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)

Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	☐ DNI ☐ NIE ☐ Outros
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro Escolar</i>	<i>Nivel Educativo</i>
	☐ Varón ☐ Muller		

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)

Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)

Data de inicio no servizo:

<i>Persoa física: nome</i>	<i>Primeiro apelido</i>	<i>Segundo apelido</i>	☐ DNI ☐ NIE ☐ Outros
<i>Data de nacemento</i>	<i>Sexo</i>	<i>Centro Escolar</i>	<i>Nivel Educativo</i>
	☐ Varón ☐ Muller		

Discapacidade ☐ (Deberá presentar informe médico que acredite o nivel de autonomía do alumnado)

Intolerancia ou alerxias alimentarias ☐ (Deberá presentarse informe médico onde se recollan)

Data de inicio no servizo:

Á ALCALDÍA DO CONCELLO DE NARÓN