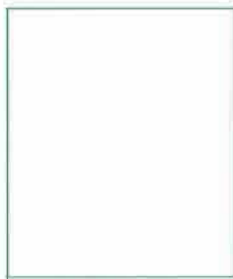




**Concello
de AMES**



Curso 20 / 20

Grupo de Idade

DATOS DO/A NENO/A

Apelidos e nome.

Data de nacemento Teléfono

Enderezo C.P.: Cidade

DATOS DO PAI, NAI OU TITOR/A

Apelidos e nome da nai/titora D.N.I.:

Profesión Lugar de traballo

Teléfono Correo electrónico.....

Apelidos e nome do pai/titor D.N.I.:

Profesión Lugar de traballo

Teléfono... Correo electrónico

SOLICITA BONO CONCILIA S 1 0 NONLJ

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR

Apelidos e nome dos membros	Data Nacemento	Parentesco	Situación Laboral	Profesión

Suma ingresos mensuais

¿TEN ALERXIA A ALGÚN TIPO DE ALIMENTO OU TEN ALGUNHA INTOLERANCIA ALIMENTARIA? ¿CAL?

.....

.....

.....

.....

.....

SERVIZOS

XANTAR	
SI <input checked="" type="radio"/>	Batedor <input type="checkbox"/> Garfo <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	

MERENDA	
SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

HORARIO DO NENO/A NO CENTRO (máximo 8 horas)

XORNADA COMPLETA

MEDIA XORNADA

7:30	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00
------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Poderá esixirse en calquer momento a ampliación da documentación acreditativa das diferentes circunstancias que puntúan no baremo de selección.

A omisión, falsidade dos datos ou dos documentos aportados, e a duplicidade de solicitudes no momento da matriculación serán causa da súa anulación.

..... a de "..." de 20.....

51NATURA DO SOLICITANTE