



SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ RECURSOS DE REPÀS ESCOLAR. CONCILIACIÓ FAMILIAR
SOLICITUD DE ADMISIÓN RECURSO DE REPASO ESCOLAR. CONCILIACIÓN FAMILIAR

MARE - PARE - TUTOR / MADRE - PADRE - TUTOR

Nom i cognoms <i>Nombre y apellidos</i>		DNI/NIF <i>DNI/NIF</i>
Domicili <i>Domicilio</i>		Localitat <i>Localidad</i>
C. Postal <i>C. Postal</i>	Telèfon <i>Teléfono</i>	Correu electrònic <i>Correo electrónico</i>
<p>Vull rebre notificació/comunicació electrònica de tots els actes d'este procediment segons disposa la Llei 39/2015 d'1 d'octubre.</p> <p><input type="checkbox"/> A tal efecte, facilite en este formulari el correu electrònic per rebre l'avís de notificació/comunicació electrònica (que es dipositarà a la Seu Electrònica de l'Ajuntament d'Albal).</p> <p><i>Quiero recibir notificación /comunicación electrónica de todos los actos de este procedimiento según dispone la Ley 39/2015 de 1 de octubre. A tal efecto, facilito en este formulario, el correo electrónico para recibir el aviso de notificación/comunicación electrónica (que se depositará en la Sede Electrónica de Ayuntamiento de Albal).</i></p>		

XIQUETA - XIQUET SOL·LICITANT / NIÑA - NIÑO SOLICITANTE

Nom i cognoms <i>Nombre y apellidos</i>		Data de naixement <i>Fecha de nacimiento</i>
Escolaritzat al centre <i>Escolarizado en el centro</i>		Curs <i>Curso</i>
En cas de considerar-ho necessari, persona de contacte del centre: <i>En caso de considerarse preciso, persona de contacto del centro:</i>		
Altres observacions/ <i>Otras observaciones</i>		
<input type="checkbox"/> Minusvàlida <i>Minusválida</i>	<input type="checkbox"/> Al·lèrgies <i>Alergias</i>	
<input type="checkbox"/> Una altra (problemes de conducta) <i>Otra (problemas de conducta)</i>	Número SIP <i>Numero SIP</i>	

SOL·LICITA/SOLICITA

L'admissió en el recurs educatiu el pròxim curs escolar _____
La admisión en el recurso educativo el próximo curso escolar _____

Necessitats/Necesidades:
Servei de repàs escolar. Deures acadèmics. Ubicació. Casal Jove d'Albal. C/ Tabacalera s/n Tel. 961 273 002
Servicio de repaso escolar. Deberes académicos. Ubicación. Casal Jove d'Albal. C/ Tabacalera s/n Tel. 961 273 002

Horaris que sol·licita/Horarios que solicita:
De dilluns a dijous de 17 a 19 hores. Dilluns, dimecres i dijous de 17 a 19 hores.
De lunes a jueves de 17 a 19 horas. Lunes, miércoles y jueves de 17 a 19 horas.

Dilluns, dimarts, i dijous de 17 a 19 hores.
Lunes, martes y jueves de 17 a 19 horas.

DOCUMENTS QUE S'HI ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

FIRMA

<input type="checkbox"/> Sol·licitud emplenada <i>Solicitud cumplimentada</i>	<input type="checkbox"/> Derivació centre educatiu (Mesures d'atenció a la diversitat). <i>Derivación centro educativo (Medidas de atención a la diversidad).</i>	Albal, ____ de _____ de 20__
<input type="checkbox"/> Declaració responsable <i>Declaración responsable</i>	<input type="checkbox"/> Altra documentació que estimeu necessària (Justificants mèdics, medicació que pren ...) <i>Otra documentación que estimen oportuna (justificantes médicos, medicación que toma ...)</i>	
<input type="checkbox"/> Fotocòpia SIP <i>Fotocopia SIP</i>		