

## CURSO ESCOLAR 20\_\_ - 20\_\_

**Alumno:**

**Grupo:** .....

Nombre y Apellidos: .....

Domicilio:.....

.....

### Teléfonos de contacto en caso de urgencia:

1º..... teléfono de .....

2º..... teléfono de .....

3º..... teléfono de .....

4º..... teléfono de .....

5º..... teléfono de .....

### Correo electrónico de uso habitual:

.....

### Familia:

Nombre y Apellidos del padre: .....

Nombre y Apellidos de la madre: .....

El abajo firmante, D./Dña. ...., padre/madre/tutor del alumno arriba mencionado declara que son ciertos los datos manifestados y se compromete a notificar cualquier modificación relativa a los mismos.

Zaragoza, a .....de ..... de.....

Fdo.:.....

### CPEIP Bilingüe "RAMÓN SAINZ DE VARANDA"

Ntra. Sra. de la Oliva, 3 – Tel/Fax 976 38 23 09  
50007 - Z A R A G O Z A

Web: <http://cprsvzar.educa.aragon.es>  
e-mail: [cprsvzaragoza@educa.aragon.es](mailto:cprsvzaragoza@educa.aragon.es)