

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS DEL ALUMNADO USUARIO DE LOS
 SERVICIOS DEL PLAN DE APERTURA**

DATOS DEL ALUMNO:

APELLIDOS:		NOMBRE:
EDAD:	TUTORÍA (CLASE):	
TELÉFONO DE CONTACTO	TELÉFONO	NOMBRE

ALIMENTACIÓN:

¿Es alérgico a algún alimento? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿a cuáles? _____ *Deberá aportar informe médico actualizado
--

OTRAS OBSERVACIONES

Señale a continuación cualquier otra observación o circunstancia que crean que debemos conocer en relación a su hijo, de forma que podamos hacer nuestro trabajo lo mejor posible:

--

El cuestionario lo han rellenado: _____

Firma y fecha:

Si alguna información de la expuesta anteriormente cambiara háganlo saber al personal de administración para exponerlo al personal que atiende los distintos servicios.
