

DATOS DO NENO/A

APELIDOS	NOME
DATA DE NACEMENTO	

HORARIO E SERVIZOS SOLICITADOS

HORARIO	XORNADA CONTINUADA:
	XORNADA PARTIDA:
SERVIZO DE ADMINISTRACIÓN DE COMIDAS: SI <input type="checkbox"/>	
NON <input type="checkbox"/>	
PRECISA DE BERCE:	HORA:

DATOS DOS PAI/NAI OU TITOR LEGAL

NIF NAI TITORA	APELIDOS	NOME
NIF PAI/TITOR	APELIDOS	NOME
ENDEREZO	LOCALIDADE	C.P.
CONCELLOS NO QUE TRABALLAN	TELEFONOS DE CONTACTO	

MEMBROS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

NOME E APELIDOS INCLUIDOS OS PAIS	NIF	DATA NACEMENTO	PARENTESCO	SITUACIÓN LABORAL	INGRESOS ANUAIS

➤ **SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**

NUMERO DE MEMBROS DA UNIDADE CON DISCAPACIDADE OU ENFERMIDADE.....

TIPOS DE ENFERMIDADE OU DISCAPACIDADE:

	PAI	NAI	OUTROS
● DISCAPACIDE FÍSICA, PSÍQUICA OU SENSORIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● ENFERMIDADE CRÓNICA QUE REQUIRA INTERNAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● ALCOHOLISMO, DROGODEPENDENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● PERSOA DEPENDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | SI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - FAMILIA MONOPARENTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - AUSENCIA DO LAR DE AMBOLOS DOUS MEMBROS PARENTAIS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - FAMILIA NUMEROSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - IRMAN/S CON PRAZA RENOVADA NO MESMO CENTRO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOME DO IRMAN/S CON PRAZA RENOVADA NO MESMO CENTRO: _____

- | ➤ SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR | SI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - AMBOLOS MEMBROS PARENTAIS ESTÁN A TRABALLAR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - EN CASO DE CONTESTAR "NON" INDICAR O QUE CORRESPONDA: | NAI | PAI |
| DESEMPREGO CON PRESTACIÓN ECONÓMICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DESEMPREGO SEN PRESTACIÓN ECONÓMICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ DOCUMENTACIÓN QUE SE XUNTA (MARCAR CUN X):

- FOTOCOPIA DOS D.N.I. DOS PAIS OU TITORES.**
- FOTOCOPIA DO LIBRO DE FAMILIA.**
- XUSTIFICANTE DE OCUPACIÓN OU DESEMPREGO (FOTOCOPIA DA ÚLTIMA NÓMINA OU CERTIFICADO DE PRESTACIÓNS DO INEM, SE É O CASO)**
- FOTOCOPIA DA DECLARACIÓN DA RENDA.**
- CERTIFICADO DE EMPADRONAMENTO COLECTIVO.**
- FOTOS TAMAÑO CARNET**
- CERTIFICADO DE MINUSVALÍAS ALEGADAS POLOS DIFERENTES MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, INFORME DOS EQUIPOS DE VALORACIÓN E ORIENTACIÓN DA DELEGACIÓN DE VICEPRESIDENCIA, SERVIZOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN TEMPERÁ.
- DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DOUTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE QUEIRAN ALEGAR. (ENFERMIDADE ,SEPARACIÓN DO CÓNXUXE, ABANDONO DE LAR.,N.E.E., VALORACIÓN DE DEPENDENCIA...
- DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE DE INCIDENCIAS TALES COMO: SEPARACIÓNS, ABANDONO DE FOGAR, MALTRATO...

GUITIRIZ A ____ DE

DO 2.00 ____

ASDO: