|  |
| --- |
| **ANEXO I. SOLICITUD DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE REFUERZO DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| Nombre y apellidos |  |
| Domicilio |  |
| Localidad |  |
| C.P. |  | Provincia |  |
| Tfno. Fijo  |  | Tfno. Móvil |  | Correo @ |  |
| Centro educativo en que se encuentra/n escolarizadas/ la/s personas menor/es |  |
|  |  |
| **DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**  |
| Apellidos y Nombre | Parentesco | Usuaria/o Comedor(1) | Solicita Programa(1) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
|  |  |
| Estoy interesada/o en que mi hija/o/s se incluya/n en Programa de Refuerzo de la Alimentación Infantil en los colegios públicos de educación infantil y primaria de Andalucía, de manera que queden atendidas sus necesidades de alimentación básicas. |
|  Fecha: Firmado: El/la padre, madre o su representante legal. |

(1) Marcar con una **X** en caso positivo.