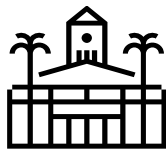




Junta de Andalucía



Ayuntamiento  
**ESPARTINAS**

Consejería de Desarrollo Educativo y  
Formación Profesional  
Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



## 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	Usuaría/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.



Junta de Andalucía



Ayuntamiento  
**ESPARTINAS**

Consejería de Desarrollo Educativo y  
Formación Profesional  
Consejería de Inclusión Social, Juventud,  
Familias e Igualdad



Fecha:

Firmado:

El/la padre, madre o su representante legal.

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