

# Solicitud de admisión



## COLEGIO MÉDICO PEDRO HERRERO

Nombre alumno: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Datos de la cuenta:

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Colegio Médico Pedro Herrero



[www.colegiopedroherrero.com](http://www.colegiopedroherrero.com)



[escuelainfantilpedroherrero@gmail.com](mailto:escuelainfantilpedroherrero@gmail.com)



Victor de la Serna 37-39  
CP 03006 Alicante  
Tlf: 965 10 24 55