

**SOLICITUD DE APOYO
ESCOLAR PARA
AFILIADOS CICLO 2020**

Fecha / /

DEPENDENCIA.....

Apellido y Nombre.....

Legajo N°..... **Tel. Of.**

Tel.Part...... **Tel. Cel.**

DNI..... **Fecha de Nacimiento**.....

CBU.....

Apellido y Nombre del Delegado.....

Todos los campos son obligatorios

HIJOS EN PREESCOLAR (edad 4 años)

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

HIJOS EN PREESCOLAR (edad 5 años)

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

HIJOS EN PRIMARIA (1º a 3º)

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

HIJOS EN PRIMARIA (4º a 5º grado)

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

HIJOS EN PRIMARIA (6º a 7º grado)

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

HIJOS EN SECUNDARIA (aclarar que año cursan)

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

NOMBRE Y APELLIDO.....Fecha de Nac.....Grado.....

**En cada caso se debe acompañar copia del SAHRA donde
figuren los datos que se consignan.**

.....
FIRMA