

# INFORME

(A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO)

## DATOS DEL EXPEDIDOR Y DEL ESTABLECIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

CARGO QUE EJERCE EN EL CENTRO:

NOMBRE DEL CENTRO:

CIF/NIF:

C., PZA. ó AVDA.:

Nº            C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELF.

## DATOS DEL NIÑO/NIÑA A QUE SE REFIERE LA AYUDA SOLICITADA

APELLIDOS Y NOMBRE:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

SERVICIO PRESTADO	IMPORTE TOTAL	IMPORTE SUBVENCIONADO POR OTRA ADMINISTRACIÓN
Comedor		
Aula Matinal/Mediodía		
Ludoteca		

**Los gastos deben haberse realizado en el año 2018.**

CERTIFICO QUE: Según los antecedentes que figuran en este Centro, los datos reflejados son ciertos

En                    a            de                    de 20

(Sello)

Fdo.: \_\_\_\_\_