



RECOGIDA DE DATOS PARA LA MATRICULACIÓN

CURSO 20__/_/___

DATOS DEL ALUMN@

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Tipo de Documento | Documento identidad | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Fecha nacimiento | Lugar | Provincia | País |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1ª Nacionalidad | 2ª Nacionalidad | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

DATOS DEL TUTOR@ 1

Marque lo que corresponda:

Padre Madre: Otro: _____

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| Tipo de Documento | Documento identidad | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha nacimiento | Nacionalidad | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Teléfono de contacto | Teléfono de trabajo | Situación Laboral |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Correo Electrónico (e-mail) Importante para la aplicación educativa. | | |
| <input type="text"/> | | |

DATOS DEL TUTOR@ 2

Marque lo que corresponda:

Padre Madre: Otro: _____

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| Tipo de Documento | Documento identidad | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha nacimiento | Nacionalidad | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Teléfono de contacto | Teléfono de trabajo | Situación Laboral |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Correo Electrónico (e-mail) Importante para la aplicación educativa. | | |
| <input type="text"/> | | |

OTROS DATOS FAMILIARES

Nº de Hermanos

Lugar que ocupa

Nº de hermanos en el Centro

SITUACIÓN FAMILIAR Y RÉGIMEN SI PROCEDE (Padres separados, divorciados...)

DOMICILIO DEL ALUMN@

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| Provincia | Municipio | Localidad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Domicilio | Código Postal | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Teléfono | Otro Teléfono | Titular de este otro teléfono (nombre y relación) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Residencia (*) | Observaciones | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

(*) Indicar si el domicilio es: residencia familiar, del padre o de la madre.

DATOS CLÍNICOS

¿El alumn@ tiene alguna enfermedad crónica, asma, trastorno, síndromes...? Sí No

Reseñe lo que proceda

En caso afirmativo, entregar informe médico.

¿El alumn@ tiene alguna intolerancia alimenticia o alergia? Sí No

Reseñe que intolerancia padece:

En caso afirmativo, entregar informe médico en cualquiera de los casos.

OBSERVACIONES:

1.- Todos los datos recogidos se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin con que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia pueden dirigirse al teléfono de información administrativo 012.