

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Nombre _____	DNI - NIE - Pasaporte _____	Número de Identificación Escolar (Rellenar por el centro) _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____		
Fecha Nacimiento _____	Municipio de Nacimiento _____	Provincia de Nacimiento _____	Familia Numerosa _____
Localidad Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) _____	País de Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) _____	NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____	

DATOS DEL PADRE, DE LA MADRE O DE LOS TUTORES:

TUTOR/A 1			
Nombre _____	DNI - NIE - Pasaporte _____	NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	correo electrónico _____	
TUTOR/A 2			
Nombre _____	DNI - NIE - Pasaporte _____	NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	correo electrónico _____	

DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR:

Calle, Avenida, Plaza... _____	Nº _____	Portal _____	Piso _____	Puerta _____
Municipio _____	Provincia _____	Cod. Postal _____	Teléfono _____	Teléfono Urgente _____

DATOS ACADÉMICOS DEL CURSO ANTERIOR (rellenar si no se ha estado matriculado en el centro)

El solicitante durante el curso pasado estuvo matriculado en el curso ____ de _____ en el centro educativo _____ de la localidad _____, provincia de _____.

MATERIAS DEL 1º CURSO DE BACHILLERATO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

MATERIAS COMUNES:		Sesiones semanales
<input checked="" type="checkbox"/> Educación Física		2
<input checked="" type="checkbox"/> Filosofía		3
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua Castellana y Literatura I		4
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua Extranjera: Inglés		3
Elige UNA <input type="checkbox"/> Religión Católica		2
<input type="checkbox"/> Alternativa		

MATERIAS OPTATIVAS:		Sesiones semanales
Elige UNA (numera)	<input type="checkbox"/> Anatomía aplicada	4
	<input type="checkbox"/> Desarrollo digital	
	<input type="checkbox"/> Lengua extranjera: Francés I	
	<input type="checkbox"/> Lenguaje y práctica musical	
	<input type="checkbox"/> Psicología	
	<input type="checkbox"/> Materia de opción:	

MATERIAS ESPECÍFICAS DE OPCIÓN:		Sesiones semanales
Elige UNA	<input type="checkbox"/> Latín I	4
	<input type="checkbox"/> Matemáticas aplicadas CC. SS. I	
Elige UNA	<input type="checkbox"/> Griego I	4
	<input type="checkbox"/> Historia del Mundo Contemporáneo	
Elige UNA	<input type="checkbox"/> Literatura Universal	4
	<input type="checkbox"/> Economía I	

En base a la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha le informa que los datos recogidos serán objeto de tratamiento automatizado y pasarán a formar parte del fichero "Delphos - Alumnos", inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos. Dicho fichero tiene como finalidad la gestión administrativa y académica de los alumnos y el órgano responsable es la Secretaría General de Educación y Ciencia. Según el artículo 5 de la LOPD, la Consejería de Educación y Ciencia le informa que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante una solicitud escrita a: Secretaría General de Educación y Ciencia, Bulevar del Río Alberche s/n - 45071, Toledo. Asimismo, el centro podrá utilizar estos datos en aplicaciones con carácter educativo como Google drive, Edmodo, Kahoot, Plickers, Flagrad, Seesaw, etc.

D./Dña. _____ como padre, madre o tutor/a legal del alumno declara que los datos consignados en este impreso son ciertos y solicita que el alumno/a sea matriculado en el centro educativo, conociendo y aceptando las normas de convivencia, organización y funcionamiento del mismo, disponibles en la página web del centro.

En _____, a _____ de _____ del 202 ...

Firma

AUTORIZACIONES AL IES BONIFACIO SOTOS

Don/doña _____ con DNI _____ como
madre/padre/tutor/tutora legal del alumno/a: _____, matriculado en el centro
educativo, hago constar bajo mi responsabilidad:

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES EN WEB O REDES SOCIALES DEL CENTRO

En relación al derecho a la propia imagen recogida en el artículo 18.1 de la Constitución, regulado por la Ley 5/1982 de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, la intimidad personal, familiar y a la propia imagen y a la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre, sobre protección de datos de carácter personal, el IES "Bonifacio Sotos", solicita el consentimiento a los padres o tutores legales para poder publicar fotos y vídeos realizados en los que aparezca el alumno/a durante las actividades organizadas por el instituto en la página web, redes sociales del centro o en otros documentos de carácter pedagógico.

AUTORIZO	
----------	--

NO AUTORIZO	
-------------	--

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS FUERA DEL RECINTO ESCOLAR

El alumno o alumna puede participar en las actividades complementarias programadas para este curso escolar por el instituto que se realicen fuera del recinto escolar (visitas a distintos lugares de la localidad: biblioteca, auditorio, museo, empresas, exposiciones...). Mediante esta autorización, **ASUMO LA RESPONSABILIDAD** de las acciones derivadas de un comportamiento contrario a las indicaciones del profesorado acompañante.

AUTORIZO	
----------	--

NO AUTORIZO	
-------------	--

AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO AL CENTRO DE SALUD

Solo en caso de urgencia y siempre que no se localice a la familia, cualquier profesor del centro puede acompañar al alumno/a al centro de salud de Casas Ibáñez, en el caso de que el alumno/a precise atención médica.

AUTORIZO	
----------	--

NO AUTORIZO	
-------------	--

Esto no exime a la familia para que, a la mayor brevedad posible, asista al centro de salud y se haga cargo del alumno/a.

NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Como madre/padre/tutor/a legal del alumno/a matriculado/a en el centro educativo **INFORMO** que el alumno/a padece la siguiente enfermedad crónica:

.....

Justifico con el **INFORME OFICIAL DE SALUD**, que adjunto a esta matrícula, la necesidad de cuidado o atención a la enfermedad descrita y **AUTORIZO** a que el centro educativo se coordine con el Centro de Salud al que está vinculado.

En Casas Ibáñez, a _____ de _____ del 202 ____

Firmado: _____.

Madre/padre/tutor legal

SOLICITUD DE MATRÍCULA DIRIGIDA A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO IES "BONIFACIO SOTOS"