

Nº de Expediente: _____

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 _____	Teléfono alumno/a: _____	
Fecha Nacimiento _____	Municipio de Nacimiento _____	Provincia de Nacimiento _____	Familia Numerosa _____	
Localidad Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) _____		Pais 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:

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

REQUISITOS DE ACCESO QUE ACREDITA (marcar con X):

ESO Prueba de acceso a Ciclos G. Medio Otros (indicar): _____

Curso en el que solicita matrícula: 1º 2º

MÓDULOS PENDIENTES	
1º CURSO	2º CURSO
Oper. administrativas y docum sanitaria	Formación en Centros de Trabajo
Técnicas básicas de enfermería	
Higiene del medio hospit.y limpieza de mat.	
Prom salud y apoyo psicológico al paciente	
Técnicas ayuda odont./ estomatológica	
Relaciones en el equipo de trabajo	
Formación y Orientación Laboral	

**** COMUNIQUE SI DESEA CONVALIDAR ALGÚN MÓDULO****

***SI TIENE CUMPLIDOS 28 AÑOS MARQUE →**

TRANSPORTE ESCOLAR* (Marcar con X lo que proceda)	<input type="checkbox"/> Sí, deseo utilizarlo Solicite, rellene y adjunte el impreso correspondiente.	<input type="checkbox"/> NO, no deseo utilizarlo
---	--	--

*En FP se podrá optar solo a vacantes. Si no marca ninguna opción, se entenderá que **NO** desea utilizarlo.

El firmante declara que los datos consignados en este impreso son ciertos y que conoce y acepta las normas de convivencia, organización y funcionamiento del centro (disponibles en web).

En Casas Ibáñez, a de del 20__

Firmado (alumno o tutor legal): _____

EL IMPRESO CONTINÚA AL DORSO

AUTORIZACIONES AL IES BONIFACIO SOTOS

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** 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 alumno o madre/padre/tutor/a legal del/a mismo/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/alumno/a mayor de edad

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.