

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 _____		
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 has estado matriculado en el centro en esta enseñanza)**

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

- **Marca el curso en el que te matriculas**, por defecto cursarás todos los módulos.
- Si deseas **convalidar algún módulo**, debes comunicarlo y hacer la solicitud correspondiente.
- Si te matriculas en segundo curso, marca si tienes módulos pendientes del primer curso.
- A efectos del seguro escolar, si tienes más de 28 años marca esta casilla

	1º CURSO		2º CURSO
	Formación y Orientación Laboral		Formación en Centro de Trabajo (FCT)
	Higiene del medio hospitalario y limpieza del material		
	Operaciones administrativas y documentación sanitaria		
	Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente		
	Relaciones en el equipo de trabajo		
	Técnicas de ayuda odontológica		
	Técnicas básicas de enfermería		

**¿SOLICITA TRANSPORTE ESCOLAR?**

Si marca esta casilla, debe pedir en la Secretaría del centro el **impreso de solicitud de transporte escolar**, rellenarlo y adjuntarlo a esta matrícula. En caso contrario **NO** tendrá derecho al uso del transporte escolar. En FP se asignarán solo las plazas vacantes que queden.

El abajo firmante, D./Dña. \_\_\_\_\_, declara que los datos consignados en este impreso son ciertos, conociendo y asumiendo las normas de convivencia, organización y funcionamiento del centro.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202 ... Esta enseñanza está cofinanciada por el Fondo Social Europeo



Firma madre/padre/tutor legal/alumno/a mayor de edad (tacha lo que no proceda)

**¡EL IMPRESO CONTINÚA AL DORSO!**

Nº de Expediente: \_\_\_\_\_

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, Seesaw etc.

### 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: \_\_\_\_\_

Firma madre/padre/tutor legal/alumno/a mayor de edad (tacha lo que no proceda)

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