

Nº de Expediente: _____

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Nombre _____ DNI - NIE - Pasaporte _____ Número de Identificación Escolar _____ Hombre Mujer
(Rellenar por el centro)

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) _____ Hombre Mujer
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ correo electrónico _____

TUTOR/A 2

Nombre _____ DNI - NIE - Pasaporte _____ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____ Hombre 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
<input type="checkbox"/>	Comunicación y atención al cliente	Contabilidad y fiscalidad
<input type="checkbox"/>	Digitalización aplicada al sector productivo	Gestión de recursos humanos
<input type="checkbox"/>	Gestión de la doc. jurídica y empresarial	Gestión financiera
<input type="checkbox"/>	Inglés profesional	Gestión logística y comercial
<input type="checkbox"/>	Itinerario personal para la empleabilidad I	Simulación empresarial
<input type="checkbox"/>	Ofimática y proceso de la información	Itinerario personal para la empleabilidad II
<input type="checkbox"/>	Proceso integral de la actividad comercial	Práctica fiscal y gestión tributaria
<input type="checkbox"/>	Proyecto intermodular I	Proyecto intermodular II
<input type="checkbox"/>	Recursos humanos y responsabilidad corporativa	
<input type="checkbox"/>	Sostenibilidad aplicada al sistema productivo	

¿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.

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.

¡EL IMPRESO CONTIÚA AL DORSO!

Nº de Expediente: _____

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)

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"