

2º E.S.O.

Curso Académico 20...../20.....

Expediente

Fecha Matrícula

ALUMNO NOMBRE.....1º APELLIDO.....2º APELLIDO..... D.N.I. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO...../.....
DIRECCIÓN: CALLE..... Nº PISO..... LOCALIDAD..... C.P. PROVINCIA
TFNO. MÓVIL EMAIL

PADRE NOMBRE.....1º APELLIDO.....2º APELLIDO..... D.N.I. EMAIL..... TELÉFONO
--

MADRE NOMBRE.....1º APELLIDO.....2º APELLIDO..... D.N.I. EMAIL..... TELÉFONO
--

DATOS FAMILIARES FAMILIA NUMEROSA Nº DE HERMANOS ORDEN QUE OCUPA Nº DE HERMANOS EN EL CENTRO

MATERIAS PENDIENTES DE CURSOS ANTERIORES:

DATOS ACADÉMICOS: Repite: SI NO Centro de procedencia:

PROGRAMA BRITISH COUNCIL:

ELEGIR UNA ASIGNATURA DE CADA BLOQUE:

1º IDIOMA (3 horas lectivas)	INGLÉS	FRANCÉS
2º IDIOMA (2 horas lectivas)	FRANCÉS	INGLÉS
RELIGIÓN 75 HÉ @ 75 F9 @; € B'9J5B; v @ 75 F9 @; € B'-G@ A=75 JALORES ÉTICOS		

TRANSPORTE (indicar nº de línea)	
----------------------------------	--

RESIDENCIA	
------------	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE IMÁGENES/VOZ DE ALUMNOS EN CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA

Si el Alumno/a es menor de 14 años: D/D^a
con DNI, (padre/madre/tutor/a)
y D/D^a
con DNI, (padre/madre/tutor/a)
del alumno/a 0

Si el Alumno/a es de 14 o más años: El/la alumno/a
con DNI en su propio nombre

CONSIENTE

NO CONSIENTE

Al Centro I.E.S DE ASTORGA el tratamiento de la imagen/voz de su hijo/a, o de mi imagen/voz (si el alumno tiene 14 años o más), especialmente mediante fotografías o vídeos, con la finalidad de difundir las actividades del centro, en los siguientes medios:

(Sólo se entenderá que consiente la difusión de imágenes/voz por los medios expresamente marcados a continuación):

REVISTA ESCOLAR PLATAFORMAS DIGITALES ORLAS
PRENSA ESCRITA/DIGITAL REDES SOCIALES

En Astorga , a de de 20

Fdo.- _____ Fdo.- _____ Fdo.- _____
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a (Padre/madre/tutor-a del alumno/a (Alumno/a de 14 o más años
Nombre, apellidos y firma) Nombre, apellidos y firma Nombre, apellidos y firma)

INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS

Indique a continuación, en caso de padecer algún tipo de alergias, a qué agentes es alérgico, asimismo, indique si cuenta con informe médico al respecto y si necesita la administración de adrenalina.

ALIMENTICIAS AMBIENTALES ANIMALES INFORME MÉDICO
MEDICAMENTOS MATERIALES OTRAS ADRENALINA
(ESPECIFIQUE):

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y FIRMAS

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y conocen y aceptan su proyecto educativo.

Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.

Por la firma del presente documento se AUTORIZA a la Consejería de Educación a almacenar y codificar la información aportada en un fichero automatizado de datos de carácter personal destinado al mantenimiento de la información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias así como en otros procedimientos administrativos en los que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Es posible ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Política Educativa Escolar.

En ASTORGA, a ___ de _____ de 20__.

Progenitor o tutor 1º

Progenitor o tutor 2º

Fdo.: _____

Fdo.: _____