

CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO.....

(NOMBRE DEL CICLO)

Expediente

Curso Académico 20...../20....

Fecha Matrícula

ALUMNO NOMBRE.....1ºAPELLIDO.....2ºAPELLIDO..... D.N.I. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO...../ Nº DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL..... DIRECCIÓN: CALLE..... Nº PISO..... LOCALIDAD..... C.P. PROVINCIA TFNO. MÓVIL EMAIL
--

PADRE NOMBRE.....1ºAPELLIDO.....2ºAPELLIDO..... D.N.I. EMAIL..... TELEFONO
--

MADRE NOMBRE.....1ºAPELLIDO.....2ºAPELLIDO..... D.N.I. EMAIL..... TELEFONO
--

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

DATOS ACADÉMICOS: Repite: SI NO Centro de procedencia:

Marcar en caso de materias pendientes de 1º

CURSO 1º

CURSO 2º

RESERVA DE PLAZA:

DISCAPACIDAD

DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO

FORMA DE ACCESO:

VÍA 1

VÍA 2

VÍA 3

Título de E.S.O.

Desde F.P.Básica

Otras

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.- _____
 (Padre/madre/tutor-a del alumno/a
 Nombre, apellidos y firma)

Fdo.- _____
 (Padre/madre/tutor-a del alumno/a
 Nombre, apellidos y firma)

Fdo.- _____
 (Alumno/a de 14 o más años
 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

MATERIALES

INFORME MÉDICO

MEDICAMENTOS

ANIMALES

ADRENALINA

AMBIENTALES

OTRAS (ESPECIFIQUE):

DECLARACIONES Y FIRMAS	Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y con su proyecto educativo. Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.	<i>Responsable 1</i> <i>ó alumno/a mayor de edad</i>	<i>Responsable 2</i> <i>ó alumno/a mayor de edad</i>
		ASTORGA, a _____ de _____ de 20	

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.