

	I.E.S. "NTRA. SRA. DE LA CABEZA" - ANDÚJAR		  <small>Empresa Registrada L. 18/1985/1985 ER-0938/2009</small>
	PROCESO DE ADMISION Y MATRICULACIÓN	MD8202.08	
	Hojas de datos informáticos	Rev. 3 Fecha: 17-01-2020	

1º E.S.O.

Foto

Datos identificativos del alumno	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	Nacionalidad:
DNI:	
Fecha de nacimiento:	Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
País:	Provincia: Municipio:
Localidad:	Localidad nacimiento extranjera:
N.º hermanos:	Lugar que ocupa entre ellos:
Teléfono del alumno:	Correo electrónico del alumno:
Domicilio del alumno	
Domicilio:	
Localidad:	Código Postal:
Teléfono de contacto:	Teléfono para urgencias:
¿Alumno emancipado?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Datos familiares	
<i>Primer tutor/a</i>	
DNI:	Primer apellido: Segundo apellido:
Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono:	Correo electrónico:
<i>Segundo Tutor/a</i>	
DNI:	Primer apellido: Segundo apellido:
Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono:	Correo electrónico:
Situación familiar	
Familia monoparental: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Situación de separación/divorcio: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Situación de acogimiento familiar: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Quién tiene la guardia custodia del menor? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro:	
Otros datos del alumno	
¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO. En caso afirmativo, ¿cuál?	
¿Sigue algún tratamiento periódico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO. En caso afirmativo, ¿cuál?	
¿Presenta alergia a medicamentos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO. En caso afirmativo, ¿cuál?	
¿Presenta intolerancias alimenticias? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO. En caso afirmativo, ¿cuál?	

DATOS DE MATRÍCULA – 1º E.S.O.

¿Repetidor?: Sí No

¿Paga Asociación de Padres?: Sí No Otro hermano

Para alumnos procedentes de otros Centros:

Estudios realizados en el curso anterior: _____

Centro: _____

Materias del curso	
Comunes	Biología y Geología Geografía e Historia Educación Física Educación Plástica, Visual y Audiovisual Lengua Castellana y Literatura Matemáticas Música Primera Lengua Extranjera-Inglés
<i>Elegir por orden de preferencia de 1 a 4</i> RECOMENDACIONES: - <i>El Refuerzo de Lengua y Matemáticas deberá ser escogido por alumnado con dificultades en el curso anterior en esas áreas con el número 1.</i> - <i>El Refuerzo de Inglés lo escogerá con el número 1 el alumnado que no necesite reforzar las áreas instrumentales, pero quieran mejorar en Inglés con vistas al Programa de Bilingüismo.</i>	<input type="checkbox"/> Segunda Lengua Extranjera-Francés <input type="checkbox"/> Tecnología aplicada <input type="checkbox"/> Refuerzo de Lengua y Matemáticas <input type="checkbox"/> Refuerzo de Inglés
<i>Elegir 1</i> <i>(marcar con una X)</i>	<input type="checkbox"/> Religión Católica <input type="checkbox"/> Religión Evangélica <input type="checkbox"/> Valores Éticos

El/La abajo firmante: AUTORIZA NO AUTORIZA el uso de imagen y sonido de su hijo/a con fines educativos.

AUTORIZA NO AUTORIZA

la salida de mi hijo/a del Centro para la realización de actividades complementarias que se lleven a cabo en Andújar y que no contemplen transporte escolar.

Personas autorizadas a sacar a mi hijo/a del Instituto:

NOMBRE: _____ Parentesco: _____ DNI: _____

NOMBRE: _____ Parentesco: _____ DNI: _____

Andújar,

Alumno/a o Padre/Madre (en menores de edad)

Fdo.