

FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Datos del alumno

(Foto)	1º Apellido	País de nacimiento
	2º Apellido	Nacionalidad
	Nombre	Localidad de nacimiento
	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Provincia de nacimiento
	Fecha de nacimiento	D.N.I. / N.I.E.
	Número de hermanos <input type="checkbox"/> Lugar que ocupa entre ellos <input type="checkbox"/>	

DATOS ACADÉMICOS

Se matricula en: INFANTIL PRIMARIA E.S.O. CURSO:

TUTORES LEGALES

Tutor 1	Tutor 2
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>
1º Apellido	1º Apellido
2º Apellido	2º Apellido
Nombre	Nombre
Nacionalidad	Nacionalidad
D.N.I. / N.I.E.	D.N.I. / N.I.E.
Teléfono	Teléfono
Correo electrónico	Correo electrónico
Nivel de estudios	Nivel de estudios
Profesión	Profesión
Situación laboral	Situación laboral

Domicilio de residencia	Localidad
Provincia	Correo electrónico
C. Postal	Teléfono

Otro domicilio a efecto de notificaciones

Nombre y apellidos	Dirección
Localidad	Provincia
	C.P.

Los datos recogidos en el presente cuestionario pasarán a formar parte de un fichero automatizado 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. Sobre dichos datos se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según la aplicación de la normativa legal vigente, ante la Dirección del centro.

Otros datos de interés

Entidad de seguro médico

Núm. de asegurado

Persona de contacto en circunstancias especiales

SERVICIOS que solicita:

Comedor

Transporte

Madrugadores

Tardes en el cole

Observaciones de interés para una mejor atención del alumno/a.

EN EL CASO DE QUE EL ALUMNO HAYA ESTADO MATRICULADO PREVIAMENTE EN OTRO CENTRO (TRASLADO)

Centro de procedencia

Localidad

Provincia

Dirección

AVISOS DE SALUD (Enfermedad, alergias e intolerancias a medicamentos y/o alimentos)

(Adjuntar informe que lo acredite)