

FORMULARIO DE MATRÍCULA

Datos identificativos					
(foto)	Nombre		Primer apellido		
			Segundo apellido		
Tipo de documento			Documento N°		
Nacionalidad			N° de la Seguridad Social		
N° de hermanos		Lugar que ocupa		N° de hermanos en el centro	
Familia numerosa general				Familia numerosa especial	
Fecha de caducidad del título					
Fecha de nacimiento		Sexo (H/M)		País de nacimiento	
Domicilio familiar					
Localidad		Provincia		Código postal	
Domicilio					

Datos primer/a tutor/a					
Primer apellido			Nombre		
Segundo apellido					
Tipo de documento		Documento N°		Sexo (H/M)	
Domicilio (si es diferente del domicilio familiar del alumno/a)					
Localidad		Provincia		Código postal	
¿Consiente recibir mensajes de texto, notificaciones y avisos desde el centro con información relacionada con el seguimiento académico de su hijo/a? Marque					SI
					NO
Teléfono móvil		Teléfono fijo			
Correo electrónico					

Datos segundo/a tutor/a					
Primer apellido			Nombre		
Segundo apellido					
Tipo de documento		Documento N°		Sexo (H/M)	
Domicilio (si es diferente del domicilio familiar del alumno/a)					
Localidad		Provincia		Código postal	
¿Consiente recibir mensajes de texto, notificaciones y avisos desde el centro con información relacionada con el seguimiento académico de su hijo/a? Marque					SI
					NO
Teléfono móvil		Teléfono fijo			
Correo electrónico					

OTROS DATOS PERSONALES

Enfermedades importantes, alergias e intolerancias			
¿Tiene alguna enfermedad importante?	SI	NO	Especificar cual:
¿Alergia conocida?	SI	NO	Especificar cual:
			NO

SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2024/2025

D/D^a _____ padre/madre/tutor legal del alumno

• _____ de _____ curso

Por la presente autorizo al centro que se domicilien los recibos de comedor de el/los alumno/os de referencia a la siguiente cuenta bancaria.

TITULAR																			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N ^o																			
IBAN		BANCO						SUCURSAL				D.C.		N ^o CUENTA					
ES																			

MENUS ALTERNATIVOS		
INTOLERANCIA ALIMENTICIA/ALERGIA (CERTIFICADO MÉDICO)	SI	NO
CELIAQUÍA (CERTIFICADO MÉDICO)	SI	NO
MOTIVOS RELIGIOSOS	SI	NO

Esta solicitud deberá ir acompañada obligatoriamente de documento justificativo del titular de la cuenta (fotocopia de la cartilla, o en su defecto, recibo con número de cuenta y nombre del titular).

Madrid a ____ de _____ de 20__

Firma primer tutor/a

Firma segundo tutor/a