

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

Opción de enseñanza religiosa, marque con una X la opción deseada			
Religión católica	<input type="checkbox"/>	Atención Educativa	<input type="checkbox"/>
Esta decisión se mantendrá en los cursos sucesivos. En caso de desear el cambio de modalidad, se podrá realizar durante los primeros días del mes de septiembre.			

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

SOLICITA hacer uso del comedor escolar	SI
	NO

SOLICITA acogerse al programa ACCEDE de la Comunidad de Madrid	SI
	NO

SOLICITA Ruta escolar (Solo para alumnos con necesidades educativas especiales, preferentemente aquellos cuyas necesidades estén asociadas a disc. Auditiva)	SI
	NO

Madrid a ____ de _____ de 20__

Firma primer tutor/a

Firma segundo tutor/a