

# 3º E.S.O.

CENTRO: I.E.S.VIRGEN DEL ESPINO

Nº DE ORDEN

CURSO ACADÉMICO

## DATOS PERSONALES:

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
D.N.I.	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	N.U.S.S.	<input type="text"/>
(N.I.E., PASAPORTE, ETC.)		NÚMERO DE USUARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL			
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Lugar	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

  

<b>CORRESPONDENCIA. CORREO DIRIGIDO A:</b>	<b>HERMANOS/AS</b>	<b>USUARIO/A DEL TRANSPORTE ESCOLAR</b>
Nombre <input type="text"/>	Número de ellos <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dirección <input type="text"/>	Orden que ocupa <input type="text"/>	Parada de autobús <input type="text"/>
Localidad <input type="text"/> C.P. <input type="text"/>	Familia Numerosa* <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Provincia <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>	Categoría <input type="text"/>	

\*En caso afirmativo se deberá aportar fotocopia del Libro de Familia Numerosa

Tutor 1 <input type="text"/>	Tutor 2 <input type="text"/>
D.N.I. <input type="text"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/>	D.N.I. <input type="text"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/>
(N.I.E., PASAPORTE, ETC.)	
Estudios <input type="text"/> Profesión <input type="text"/>	Estudios <input type="text"/> Profesión <input type="text"/>
Nacionalidad <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Teléfono/s <input type="text"/>	Teléfono/s <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

## DATOS ACADÉMICOS:

HA REPETIDO 1º E.S.O.  SÍ  NO    HA REPETIDO 2º E.S.O.  SÍ  NO    REPITE 3º E.S.O.  SÍ  NO

CENTRO DE PROCEDENCIA:

MATERIAS PENDIENTES:

Autorización de envío a los tutores legales de notificaciones por SMS/ E-Mail: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El alumno/a padece alguna enfermedad* o afección que deba conocer el personal del centro: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El alumno/a va a solicitar exención y/o convalidación de asignaturas: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---	---

\*En caso afirmativo deberá rellenar el documento correspondiente disponible en la secretaría del centro y adjuntarlo a la matrícula

BRITISH COUNCIL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>MATERIAS OPTATIVAS (Numerar el orden de preferencia):</b>
ELEGIR UNA ENTRE: <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Alternativa	<input type="checkbox"/> Segunda Lengua Extranjera: Francés <input type="checkbox"/> Iniciación a la Actividad Emprendedora y Empresarial
ELEGIR UNA ENTRE: <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Ed. Plástica, Visual y Audiovisual	<input type="checkbox"/> Conocimiento del Lenguaje <input type="checkbox"/> Control y Robótica
	<input type="checkbox"/> Conocimiento de las Matemáticas
	Optativa cursada en 2º E.S.O. <input type="text"/>

El alumno/a abajo firmante solicita matrícula en las asignaturas comunes y las opciones arriba indicadas. La presente matrícula es provisional hasta la comprobación de los datos académicos del alumno por este nivel. Los datos que se recogen se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas la legislación vigente. El alumno quedará inscrito en una asignatura opcional, respetando sus preferencias y atendiendo a las necesidades del Centro.

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma,