

2º 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"/> <small>(N.I.E., PASAPORTE, ETC.)</small> | Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | N.U.S.S. <input type="text"/> <small>NÚMERO DE USUARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL</small> |
| 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"/> |

| | | |
|--|---|---|
| CORRESPONDENCIA. CORREO DIRIGIDO A: | HERMANOS/AS | USUARIO/A DEL TRANSPORTE ESCOLAR |
| 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"/> <small>(N.I.E., PASAPORTE, ETC.)</small> | D.N.I. <input type="text"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/> <small>(N.I.E., PASAPORTE, ETC.)</small> |
| 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. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | CENTRO DE PROCEDENCIA: <input type="text"/> |
| REPITE 2º E.S.O. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| MATERIAS PENDIENTES: <input type="text"/> | |

| | | |
|--|---|---|
| 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 | ELEGIR UNA ENTRE: <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Alternativa | MATERIAS OPTATIVAS (ELEGIR UNA): <input type="checkbox"/> Segunda Lengua Extranjera: Francés <input type="checkbox"/> Conocimiento del Lenguaje <input type="checkbox"/> Conocimiento de las Matemáticas |
| Optativa cursada en 1º 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.

En, a de de 20

Firma,