

# 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 1ºE.S.O. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | HA REPETIDO 2ºE.S.O. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | REPITE 3ºE.S.O. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| CENTRO DE PROCEDENCIA: <input type="text"/>                                  |  |   |
| 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                                      | <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 2ºE.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,