

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Nombre _____ DNI - NIE - Pasaporte _____ Número de Identificación Escolar _____ ☐ Hombre ☐ Mujer
(Rellenar por el centro)
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
Fecha Nacimiento _____ Municipio de Nacimiento _____ Provincia de Nacimiento _____ Familia Numerosa _____
Localidad Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) _____ País de Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) _____ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____

DATOS DEL PADRE Y DE LA MADRE O DE LOS TUTORES

TUTOR/A 1

Nombre _____ DNI - NIE - Pasaporte _____ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____ ☐ Hombre ☐ Mujer
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ correo electrónico _____

TUTOR/A 2

Nombre _____ DNI - NIE - Pasaporte _____ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) _____ ☐ Hombre ☐ Mujer
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ correo electrónico _____

DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR

Calle, Avenida, Plaza... _____ Nº _____ Portal _____ Piso _____ Puerta _____
Municipio _____ Provincia _____ Cod. Postal _____ Teléfono _____ Teléfono Urgente _____

DATOS ACADÉMICOS DEL CURSO ANTERIOR:

El solicitante durante el año académico anterior estuvo matriculado en el curso ____ de _____ en el centro _____
de la localidad _____, provincia de _____.

MATERIAS COMUNES

Materia	Horas semanales
☒ Lengua Castellana y Literatura	5
☒ Matemáticas	4
☒ Inglés	4
☒ Geografía e Historia	4
☒ Biología y Geología	3
☒ Educación Física	2
☒ Música	2
☒ Tecnología y digitalización.	2

MATERIAS OPTATIVAS

Materia	Horas semanales
Religión- Atención educativa (marque una)	
☐ Religión	1
☐ Atención Educativa	1
Optativas (marque 3 por orden de preferencia)	
☐ Francés	2
☐ Taller de Emprendimiento y Finanzas.	2
☐ Proyectos de Artes Plásticas y Visuales.	2

Notas:

- Al presentar esta matrícula doy mi consentimiento para que las imágenes de mi hijo/a captadas en actos del centro puedan ser expuestas en la página web y redes sociales vinculadas al centro. En caso contrario presente el anexo correspondiente que se solicita en secretaría.

- Su hijo/a presenta algún problema de salud del que tenga que tener conocimiento el centro? Marque la respuesta con una cruz.
☐ SI Indíquelo, haga una breve descripción del mismo en parte posterior y/o adjunte la documentación pertinente.

☐ NO

- Solicita que el alumno o alumna pueda disfrutar de los servicios de transporte: ☐ SI (Rellene el anexo de transporte) ☐ NO

- Desea participar en el **proyecto bilingüe** del centro: ☐ SI ☐ NO

En _____, a _____, de _____, de _____
Firma

Información básica sobre protección de Datos	
Responsable	Viceconsejería de Educación Universidades e Investigación
Finalidad	Gestión administrativa y educativa del alumnado de centros docentes de Castilla-La Mancha
Legitimación	Cumplimiento de una obligación legal/ Ejercicio de . En este caso, indicar Ley o Leyes que legitiman el tratamiento.
Destinatarios	No se cederán datos salvo obligación legal
Derechos	Acceder, rectificar o suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es

Indicar si desea pertenecer al AMPA (SI o NO)

En caso afirmativo cederemos sus teléfonos de contacto al AMPA y puede hacer el ingreso de 10€ en la siguiente cuenta: ES75-3081-0151-9423-9824-5817 indicando su nombre y curso de su hijo/a.

Además puede enviar sus datos al siguiente email: ampacastillodecanales@hotmail.com

La hoja de inscripción para el AMPA la puede encontrar en la web del centro:

<http://ies-arciprestedecanales.centros.castillalamancha.es/>

El núcleo familiar está constituido por:

- Padre.
- Madre.
- Otros (indicar cual.....)

En caso de familia divorciada o separada indique el régimen de custodia

(.....)