

MATRÍCULA

EDUCACIÓN ESPECIAL: AULA ESPECÍFICA O CENTRO ESPECÍFICO (Código procedimiento: 2435)

Nº Matrícula

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO, COMPRUEBE QUE CORRESPONDE A LA ENSEÑANZA EN LA QUE DESEA REALIZAR LA MATRÍCULA.

NO CUMPLIMENTE LOS ESPACIOS SOMBREADOS.

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA.

ESTA MATRÍCULA ESTÁ CONDICIONADA A LA COMPROBACIÓN DE LOS DATOS, DE CUYA VERACIDAD SE RESPONSABILIZA LA PERSONA FIRMANTE.

1	DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
DÍA	MES	AÑO	Nº DE HERMANOS/AS
DNI/NIE		TELÉFONO	V M NACIONALIDAD
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVDA. Y NÚMERO		MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL
			PROVINCIA
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO			

2	DATOS DE LAS PERSONAS QUE OSTENTAN LA GUARDA Y CUSTODIA (Con quiénes conviva el alumno/a y tengan atribuida su guarda y custodia)		
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA GUARDADORA 1		DNI/NIE	
TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:	RELACIÓN FAMILIAR (padre, madre o tutor/a legal):	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA GUARDADORA 2		DNI/NIE	
TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:	RELACIÓN FAMILIAR (padre, madre o tutor/a legal):	

3	DATOS DE MATRÍCULA		
CENTRO DOCENTE EN EL QUE SE MATRICULA		MUNICIPIO	CÓDIGO
ENSEÑANZA EN LA QUE SE MATRICULA			
AULA ESPECÍFICA		PERIODO DE FORMACIÓN BÁSICA OBLIGATORIA	PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA Y LABORAL (PFTVAL)
3 AÑOS <input type="checkbox"/>	4 AÑOS <input type="checkbox"/>	5 AÑOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1º CICLO <input type="checkbox"/>		2º CICLO <input type="checkbox"/>	3º CICLO <input type="checkbox"/>
(Marcar lo elegido con una X)			
Firma de la persona que ostenta su guarda y custodia:		El/la Funcionario/a:	
Fecha:		(Sello del centro docente)	

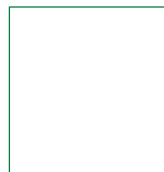
SR/A. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE (Denominación del centro docente)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

NOTA: Para la primera matrícula del alumnado en el centro docente se aportará documento acreditativo de la fecha de nacimiento del alumno/a.

FICHA ALUMNO/A:

Curso:



1 DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		DNI/NIE/ PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		MUNICIPIO DE RESIDENCIA	PROVINCIA DE RESIDENCIA
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO	PISO:	LETRA	ESCALERA
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	

2 DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO O LA ALUMNA			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL 1			EN CALIDAD DE
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	
<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		DNI/NIE/ PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL 2			EN CALIDAD DE
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	
<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		DNI/NIE/ PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

3	GUARDA Y CUSTODIA DEL MENOR En caso de separación, divorcio o situación de acogimiento ¿quién tiene la custodia del menor?
<input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Representante Legal1 <input type="checkbox"/> Representante Legal2	

4	OTROS DATOS DE INTERES
¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> SÍ. En caso afirmativo especificar:	
¿Sigue algún tratamiento periódico? <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> SÍ. En caso afirmativo especificar:	
¿Presenta alergias a medicamentos? <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> SÍ. En caso afirmativo especificar:	
¿Presenta intolerancias alimentarias? <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> SÍ. En caso afirmativo especificar:	
Otras (especificar):	

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Planificación y Centros cuya dirección es C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. Edificio Torretriana. Isla de la Cartuja. 41092 –Sevilla.</p> <p>b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.ced@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la Admisión y matriculación del alumnado de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato en centros, cuya base jurídica se encuentra en la LEY ORGÁNICA 2/2006, DE 3 DE MAYO, DE EDUCACIÓN.</p> <p>d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>e) La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>

ANEXO I
SOLICITUD PARA CURSAR LA ENSEÑANZA DE RELIGIÓN

D/D^a como padre, madre o tutor/a legal del alumno/a o como alumno/a (si el/la solicitante es mayor de edad) del curso de (indicar etapa educativa) acogiéndose a lo establecido en la normativa por la que se establecen las enseñanzas de la educación infantil, de la educación primaria, de la educación secundaria obligatoria o del bachillerato (según proceda), en desarrollo de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

SOLICITA:

Cursar a partir del curso escolar 2022/23, mientras no modifique expresamente esta decisión, la siguiente enseñanza:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Religión católica |
| <input type="checkbox"/> | Religión evangélica |
| <input type="checkbox"/> | Religión islámica |
| <input type="checkbox"/> | Religión judía |
| <input type="checkbox"/> | Atención educativa alternativa a la Religión |

(Marcar con una **X** la opción deseada)

En....., de de

Fdo.:

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO