

MATRÍCULA

SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL (Código procedimiento: 2435)

Nº Matrícula

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

NO CUMPLIMENTE LOS ESPACIOS SOMBRADOS.

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA.

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

<b>1</b>	<b>DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA</b>		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO		DNI/NIE	SEXO
DÍA	MES AÑO		V M NACIONALIDAD
Nº DE HERMANOS/AS		TELÉFONO	<input type="text"/>
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVDA. Y NÚMERO		MUNICIPIO	(Marque con una X)
<input type="text"/>		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO			
<input type="text"/>			

<b>2</b>	<b>DATOS DE LAS PERSONAS QUE OSTENTAN LA GUARDA Y CUSTODIA</b> (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):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>3</b>	<b>DATOS DE MATRÍCULA</b>		
CENTRO DOCENTE EN EL QUE SE MATRICULA		MUNICIPIO	CÓDIGO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CURSO EN EL QUE SE MATRICULA			
SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL			
3 AÑOS	<input type="checkbox"/>	4 AÑOS	<input type="checkbox"/>
5 AÑOS	<input type="checkbox"/>	(Marcar lo elegido con una X)	
Firma de la persona que ostenta su guarda y custodia:		El/la Funcionario/a:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha: .....		(Sello del centro docente)	

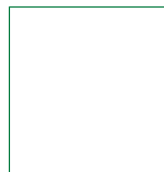
SR/A. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE ..... (Denominación del centro docente)

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:



<b>1 DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA</b>			
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	

<b>2 DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO O LA ALUMNA</b>			
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)

<b>3</b>	<b>GUARDA Y CUSTODIA DEL MENOR</b> 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	

<b>4</b>	<b>OTROS DATOS DE INTERES</b>
¿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><b>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b></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 <a href="mailto:dpd.ced@juntadeandalucia.es">dpd.ced@juntadeandalucia.es</a></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: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a></p>
---

**ANEXO I**  
**SOLICITUD PARA CURSAR LA ENSEÑANZA DE RELIGIÓN**

D/D<sup>a</sup> ..... 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 .....