

FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Datos del alumno	1º Apellido	País de nacimiento	
	2º Apellido	Nacionalidad	
	Nombre	Localidad de nacimiento	
(Foto)	Sexo H ☐ M ☐	Provincia de nacimiento	
	Fecha de nacimiento	D.N.I. / N.I.E.	
	Número de hermanos ☐		Lugar que ocupa entre ellos ☐
DATOS ACADÉMICOS			
Se matricula en: ☐ INFANTIL ☐ PRIMARIA ☐ E.S.O. CURSO:			
Bilingüe: ☐ SÍ ☐ NO Idioma bilingüe ☐ INGLÉS ☐ FRANCÉS ☐ ALEMÁN ☐ PORTUGUÉS ☐			

TUTOR LEGAL 1		TUTOR LEGAL 2	
☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro	☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro		
1º Apellido	1º Apellido		
2º Apellido	2º Apellido		
Nombre	Nombre		
Nacionalidad	Nacionalidad		
D.N.I. / N.I.E.	Teléfono	D.N.I. / N.I.E.	Teléfono
Correo electrónico		Correo electrónico	
Nivel de estudios		Nivel de estudios	
Profesión		Profesión	
Situación laboral		Situación laboral	

Domicilio de residencia		Localidad	
Provincia	C. Postal	Teléfono	Correo electrónico

Otro domicilio a efecto de notificaciones			
Nombre y apellidos		Dirección	
Localidad	Provincia	C.P.	

Los datos recogidos en el presente cuestionario pasarán a formar parte de un fichero automatizado destinado al mantenimiento de la información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias. Sobre dichos datos se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según la aplicación de la normativa legal vigente, ante la Dirección del centro.

Otros datos de interés

Entidad de seguro médico

Núm. de asegurado

Persona de contacto en circunstancias especiales

SERVICIOS que solicita:

☐

Comedor

☐

Transporte

☐

Madrugadores

☐

Tardes en el cole

Observaciones de interés para una mejor atención del alumno/a.

EN EL CASO DE QUE EL ALUMNO HAYA ESTADO MATRICULADO PREVIAMENTE EN OTRO CENTRO (TRASLADO)

Centro de procedencia

Localidad

Provincia

Dirección

AVISOS DE SALUD (Enfermedad, alergias e intolerancias a medicamentos y/o alimentos)

(Adjuntar informe que lo acredite)