

IMPRESO DE MATRÍCULA

ESCUELA INFANTIL · CURSO ____ / ____

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO O ALUMNA

APELLIDOS:			NOMBRE:			SEXO:	
						<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
FECHA DE NACIMIENTO:			POBLACIÓN:			PROVINCIA:	
PAÍS:			NACIONALIDAD:			DNI/NIE:	
DOMICILIO:							
Nº:		PORTAL:		PISO:		LOCALIDAD:	
						C.P.:	
ALERGIAS CONFIRMADAS:							

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

PRIMER TUTOR LEGAL				SEGUNDO TUTOR LEGAL			
1 ^{er} APELLIDO:				1 ^{er} APELLIDO:			
2 ^o APELLIDO:				2 ^o APELLIDO:			
NOMBRE:				NOMBRE:			
TELÉFONO:				TELÉFONO:			
DOMICILIO: (DISTINTO DEL ALUMNO)				DOMICILIO: (DISTINTO DEL ALUMNO)			
C.P.:		LOCALIDAD:		C.P.:		LOCALIDAD:	
OTRO TELÉFONO:				OTRO TELÉFONO:			
DNI/NIE:				DNI/NIE:			
PAÍS DE NACIMIENTO:				PAÍS DE NACIMIENTO:			
NACIONALIDAD:				NACIONALIDAD:			
CORREO ELECTRÓNICO:				CORREO ELECTRÓNICO:			

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA

1 ^{er} CICLO EDUCACIÓN INFANTIL					
<input type="checkbox"/>	0 - 1 AÑOS		<input type="checkbox"/>	1 - 2 AÑOS	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	2 - 3 AÑOS	

ESCUELA INFANTIL

CURSO ____ / ____

AUTORIZACIONES EN EL TRATAMIENTO DE IMAGEN

- Aparición de la imagen del alumno/a en redes sociales y en la web del centro durante la realización de actividades educativas colectivas.

SÍ NO

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR A LA SECRETARÍA DEL CENTRO

1. Impreso relleno y firmado por ambos padres o representantes legales.
2. Una fotografía reciente con el nombre en el reverso.
3. Fotocopia DNI/NIE de los padres y del alumno si lo posee.
4. Fotocopia del libro de familia.
5. Fotocopia de datos bancarios.
6. Informe médico en caso de alergias confirmadas.
7. En caso de separación o divorcio, copia fehaciente de la sentencia o convenio regulador en los aspectos relativos a los hijos.

ESCOLARIZACIÓN

HORARIO COMPLETO SOLICITADO (INCLUYE COMEDOR)	De ____ a ____ horas
HORARIO REDUCIDO	De ____ a ____ horas

El servicio de enfermería de La Casita Hélicon se atiene al calendario escolar de la enseñanza reglada.

DATOS BANCARIOS (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DATOS BANCARIOS)

TITULAR DE LA CUENTA:																			
DNI/NIE:																			
IBAN				ENTIDAD				OFICINA				DC		NÚMERO DE CUENTA					

Autorizo que carguen en la cuenta señalada los recibos correspondientes al alumno matriculado.

Los padres y el alumno/a aceptan el Proyecto Educativo del Centro, así como el plan de convivencia y sus normas adicionales aprobadas en el Consejo Escolar, uniformidad, precios, horarios del Centro y tratamiento de datos, consistente en:

- Cesión de datos a instituciones educativas oficiales o aquellas, como seguro médico, cuya relación con las mismas sea necesaria para el normal desarrollo de la actividad escolar.
- Comunicaciones vía telefónica o por correo electrónico relativas a la relación del alumno o alumna con el Centro: control de ausencias, tutorías, citas, gestión de recibos, etc.

_____, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

Padre / Madre / Tutor

Fdo.: _____

Padre / Madre / Tutor