

FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Datos del alumno	1º Apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	País de nacimiento <input style="width: 95%;" type="text"/>
(Foto)	2º Apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nacionalidad <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>	Localidad de nacimiento <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Provincia de nacimiento <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Fecha de nacimiento D.N.I. / N.I.E. <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 40%;" type="text"/>	
		Número de hermanos <input type="checkbox"/> Lugar que ocupa entre ellos <input type="checkbox"/>

DATOS ACADÉMICOS	Se matricula en: <input type="checkbox"/> INFANTIL <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> E.S.O. CURSO: <input style="width: 50%;" type="text"/>
Bilingüe: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Idioma bilingüe <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> FRANCÉS <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS <input type="checkbox"/>	

TUTOR LEGAL 1	TUTOR LEGAL 2
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100%;" type="text"/>
1º Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/>	1º Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/>
2º Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/>	2º Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/>
Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>
Nacionalidad <input style="width: 95%;" type="text"/>	Nacionalidad <input style="width: 95%;" type="text"/>
D.N.I. / N.I.E. Teléfono <input style="width: 45%;" type="text"/> <input style="width: 45%;" type="text"/>	D.N.I. / N.I.E. Teléfono <input style="width: 45%;" type="text"/> <input style="width: 45%;" type="text"/>
Correo electrónico <input style="width: 95%;" type="text"/>	Correo electrónico <input style="width: 95%;" type="text"/>
Nivel de estudios <input style="width: 80%;" type="text"/>	Nivel de estudios <input style="width: 80%;" type="text"/>
Profesión <input style="width: 80%;" type="text"/>	Profesión <input style="width: 80%;" type="text"/>
Situación laboral <input style="width: 80%;" type="text"/>	Situación laboral <input style="width: 80%;" type="text"/>

Domicilio de residencia <input style="width: 95%;" type="text"/>	Localidad <input style="width: 95%;" type="text"/>
Provincia C. Postal Teléfono Correo electrónico <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	

Otro domicilio a efecto de notificaciones		
Nombre y apellidos <input style="width: 95%;" type="text"/>	Dirección <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Localidad Provincia C.P. <input style="width: 35%;" type="text"/> <input style="width: 35%;" type="text"/> <input style="width: 30%;" type="text"/>		

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)