

SOLICITUD DE MATRÍCULA CURSO

ALUMNO/A Datos Identificativos:

D.N.I. / Pasaporte: _____ N.º EXPEDIENTE: _____
 Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 Nombre: _____ Nacionalidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____

DOMICILIO DEL ALUMNO/A:

Dirección: _____ N.º: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Letra: _____
 C. P.: _____ Provincia: _____ Localidad: _____
 Telf.: _____ Telf. de Urgencias: _____ E-mail: _____

DATOS FAMILIARES:

Primer/a Tutor/a:

D.N.I. / Pasaporte: _____ Primer Apellido: _____
 Segundo Apellido: _____ Nombre: _____
 Sexo: _____ Correo Electrónico: _____
 Nacionalidad: _____ ¿Es Familia Numerosa?: _____

Segundo/a Tutor/a:

D.N.I. / Pasaporte: _____ Primer Apellido: _____
 Segundo Apellido: _____ Nombre: _____
 Sexo: _____ Correo Electrónico: _____
 Nacionalidad: _____ ¿Es Familia Numerosa?: _____

DATOS ACADÉMICOS

Estudios Aportados y Centro de Procedencia: _____
 CURSO EN EL QUE SE MATRICULA: (Marcar con X lo que corresponda)

<u>E. S. O.</u>	<u>BACHILLERATO L.O.E.</u>	<u>CICLOS FORMATIVOS</u>
Curso 20 ____ /20 1.º <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> 3.º <input type="checkbox"/> 4.º <input type="checkbox"/>	1.º <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> MODALIDAD: _____ _____	MEDIO: _____ SUPERIOR: _____ 1.º <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> F.C.T. <input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD: _____ _____

ASIGNATURAS PENDIENTES: (Indicar asignatura y curso)

REPITE CURSO: SI NO

¿Es un alumno/a con Necesidades Educativas Especiales?: SI NO

Alcázar de San Juan, _____ de _____ de _____
 (Firma) (Sello del Centro)