

FICHA DE MATRICULACIÓN

ALUMNO/A

EXPEDIENTE: NHA: CURSO:

APELLIDOS Y NOMBRE:

TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO:.....

SEXO: TIPO DE MATRÍCULA: Nº SIP:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: PAÍS:

NACIONALIDAD: MUNICIPIO DE NACIMIENTO:

DATOS DE CONTACTO

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA: C.POSTAL:

TELÉFONO 1: TELÉFONO 2: TELÉFONO 3:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS FAMILIARES

MADRE – APELLIDOS Y NOMBRE:

NIF: FECHA DE NACIMIENTO: PROVINCIA:

PROFESIÓN: SITUACIÓN LABORAL:

PADRE – APELLIDOS Y NOMBRE:

NIF: FECHA DE NACIMIENTO: PROVINCIA:

PROFESIÓN: SITUACIÓN LABORAL:

FAMILIA:

LENGUA HABITUAL EN LA FAMILIA: Valenciano Castellano

Nº DE HIJOS EN LA FAMILIA Nº DE HIJOS EN EL CENTRO:

¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA PADECE UNA DISCAPACIDAD? Sí No

EN CASO AFIRMATIVO, PORCENTAJE DEL GRADO DE MINUSVALÍA

OTROS FAMILIARES

APELLIDOS	NOMBRE	NIF	PARENTESCO	TELEFONO

DATOS SANITARIOS

HOSPITAL ASIGNADO:

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES:

¿ES ALÉRGICO? Sí No ¿A QUÉ?

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN CONTINUADA? ¿Cuál?

OBSERVACIONES:

OTROS

CENTRO DE PROCEDENCIA:

SOLICITARÁ BECAS DE: Libros Comedor Ninguna

CONTRATARÁ SEGURO ESCOLAR: Sí No SOCIO/A DEL AMPA: Sí No

AUTORIZACIONES

DESEO QUE MI HIJO/A RECIBA ENSEÑANZA DE: Religión Actividades de estudio

AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y MATERIAL AUDIOVISUAL DE
ACTIVIDADES ESCOLARES COMPLEMENTARIAS Y EXTRAESCOLARES DEL COLEGIO
EN LAS QUE APARECE MI HIJO/A: Sí No

AUTORIZO A MI HIJO/A PARA IR SOLO/A A CASA CUANDO FINALICE EL HORARIO
ESCOLAR: Sí No

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LAS SALIDAS COMPLEMENTARIAS OPORTUNAS
DENTRO DE PATERNA: Sí No

Paterna, dede

FIRMA DE LA MADRE / PADRE O TUTOR/A

FITXA DE MATRICULACIÓ

ALUMNE/A

EXPEDIENT: NHA: CURS:
COGNOMS I NOM:
TIPUS DE DOCUMENT: NÚMERO:
SEXE: TIPUS DE MATRÍCULA: N° SIP:
DATA DE NAIXEMENT: EDAT: PAÍS:
NACIONALITAT: MUNICIPI DE NAIXEMENT:

DADES DE CONTACTE

ADREÇA:
LOCALITAT: PROVÍNCIA: C.POSTAL:
TELÈFON 1: TELÈFON 2: TELÈFON 3:
CORREO ELECTRÓNICO:

DADES FAMILIARS

MARE – COGNOMS I NOM:
NIF: DATA DE NAIXEMENT: PROVÍNCIA:
PROFESSIÓ: SITUACIÓ LABORAL:

PARE – COGNOMS I NOM:
NIF: DATA DE NAIXEMENT: PROVÍNCIA:
PROFESSIÓ: SITUACIÓ LABORAL:

FAMÍLIA:

LLENGUA HABITUAL EN LA FAMÍLIA: Valencià Castellà

Nº DE FILLS EN LA FAMÍLIA Nº DE FILLS EN EL CENTRE:

¿ALGUN MEMBRE DE LA FAMÍLIA PATEIX UNA DISCAPACITAT? Sí No

EN CAS AFIRMATIU, PERCENTATGE DEL GRAU DE MINUSVALIDESA

ALTRES FAMILIARS

COGNOMS	NOM	NIF	PARENTIU	TELÈFON

DADES SANITARIS

HOSPITAL ASSIGNAT:

MALALTIES MÉS FREQUENTS:

¿ÉS AL·LÈRGIC? Sí No ¿A QUÈ?

¿PREN ALGUNA MEDICACIÓ CONTINUADA? ¿QUINA?

OBSERVACIONS:

ALTRES

CENTRE DE PROCÈDENCIA:

SOL·LICITARÀ BEQUES DE: Llibres Menjador Cap

CONTRACTARÀ SEGUR ESCOLAR: Sí No SOCI/A DE L'AMPA: Sí No

AUTORITZACIONS

DESITGE QUE EL MEU FILL/A REBA ENSENYAMENT DE: Religió Activitats d'estudi

AUTORITZE LA PUBLICACIÓ DE FOTOGRAFIES I MATERIAL AUDIOVISUAL D'ACTIVITATS

ESCOLARS COMPLEMENTÀRIES I EXTRAESCOLARS DEL COL·LEGI EN LES QUE

APAREIX EL MEU FILL/A: Sí No

AUTORITZE EL MEU FILL/A PER A ANAR A SOLES A CASA QUAN FINALITZE L'HORARI

ESCOLAR: Sí No

AUTORITZE EL MEU FILL/A A REALITZAR LES EIXIDES COMPLEMENTÀRIES

OPORTUNES DINS DE PATERNA: Sí No

Paterna, dede

SIGNATURA DE LA MARE / PARE O TUTOR/A