



MATRÍCULA CURSO/ ENROLMENT FORM 2025 - 2026

NIA: _____

GROUP: _____

FECHA DE MATRÍCULA
ENROLMENT DATE

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/ APPLICANT'S DETAILS

1º APELLIDO/FIRST SURNAME

2º APELLIDO/ SECOND SURNAME

NOMBRE/ NAME

NÚMERO DE DOCUMENTO/ DOCUMENT NUMBER

NIF :

HOMBRE /MALE :

NIE :

MUJER /FEMALE :

PASAPORTE :
PASSPORT

FECHA DE NACIMIENTO
DATE OF BIRTH

PAÍS
COUNTRY

MUNICIPIO DE NACIMIENTO
PLACE OF BIRTHDAY

NACIONALIDAD
NATIONALITY

DATOS DE CONTACTO/ CONTACT DETAILS

DOMICILIO ACTUAL
CURRENT ADDRESS

NÚMERO PUERTA
NUMBER DOOR

LOCALIDAD
CITY/TOWN

CÓDIGO POSTAL
POSTCODE

PROVINCIA
PROVINCE

TELÉFONO MÓVIL
MOBILE PHONE

TELÉFONO DE EMERGENCIA
EMERGENCY PHONE

CORREO ELECTRÓNICO
EMAIL ADDRESS

ESTUDIOS EN LOS QUE DESEAS MATRICULARTE/ COURSES OFFERED

La oferta formativa y el horario podrá ser modificada a instancia del centro por falta de matrícula u otras circunstancias.
The educational offer and timetable may be modified by the centre due to insufficient enrolment or other circumstances.

• **EDUCACI3N REGLADA/ FORMAL EDUCATION**

FIPA :

1º Curso/ 1st Year

Mañana Tarde
Morning Afternoon
Session Session

2º Curso/ 2nd Year

ESPA I :

M3dulo 1 /Module 1

M3dulo 2 /Module 2

ESPA II :

M3dulo 3 /Module 3

M3dulo 4 /Module 4

• **IDIOMAS/LANGUAGES**

Valenciano
Valencian

Ingl3s
English

Franc3s
French

Castellano para extranjeros
Spanish for Foreigners

• **SEMINARIOS/ SEMINARS**

• **INFORMÁTICA/ Practical Computer**

Informática/
Practical Computer

Hist3ria del Arte
Art History

Taller de Prensa
Press Workshop

Hist3ria de la M3sica
Music History

Agilidad mental
Mental Agilitaty

Filosofía pr3ctica
Practical Philosophy

Bienestar Integral
Integral Wellbeing

Literatura
Literature

Seminario Ciencias
Science seminar

Firma / Signature

o, en su caso, padre, madre o representante legal/ or, where

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES , COMUNICACIÓN EDUCATIVA Y PUBLICACIÓN DE IMÁGENES EN ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL CPFPA MISLATA/AUTHORISATION FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA, EDUCATIONAL COMMUNICATION AND IMAGE PUBLICATION IN CPFPA MISLATA

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y con la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos de carácter personal facilitados serán tratados con estricta confidencialidad y con la finalidad de gestionar la actividad educativa.

Los datos personales incluyen: nombre y apellidos, número de DNI, dirección, teléfono, correo electrónico, imágenes (fotografías y vídeos), voz, datos de salud, etc.

AUTORIZO expresamente al centro educativo CPFPA Mislata a:

- Acceder y utilizar mis datos personales con fines educativos y administrativos. Compartirlos con otras administraciones y organismos públicos cuando sea necesario para la gestión educativa. SI AUTORIZO NO AUTORIZO
- Utilizar imágenes (fotografías y vídeos), así como la voz, captadas en actividades escolares para su publicación en páginas web, redes sociales u otros medios de difusión del centro. SI AUTORIZO NO AUTORIZO

Nombre y apellidos:

Firma (o, en su caso, padre, madre o representante legal):
In accordance with Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and the free movement of such data, and with Spanish Organic Law 3/2018 on Personal Data Protection and Digital Rights Guarantee, you are informed that the personal data provided will be treated with strict confidentiality and for the purpose of managing educational activities. Personal data includes: full name, ID number, address, phone number, email, images (photos and videos), voice, health data, etc.

I EXPRESSLY AUTHORISE CPFPA MISLATA TO :

- Access and use my personal data for educational and administrative purposes. Share my data with other public administrations and bodies as necessary for educational management. YES, I AUTHORISE NO, I DO NOT AUTHORISE
- Use images (photos and videos), as well as voice, captured during school activities for publication on the centre's website, social media or other media channels. YES, I AUTHORISE NO, I DO NOT AUTHORISE

Full name:

Signature (or, if applicable, father, mother o legal guardian):

DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y NECESIDADES SANITARIAS / DECLARATION OF CHRONIC ILLNESSES AND MEDICAL NEEDS

Nombre y apellidos del alumno/a /Student's full name _____

DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento/Date of birth: _____

De acuerdo con lo que establece la Resolución del 1 de septiembre de 2016, se informa si el alumno sufre alguna de las siguientes enfermedades crónicas o si necesita medicación durante el horario/According to the Resolution of 1 September 2016, indicate whether the student suffers from any of the following chronic illnesses or requires medication during school hours

Enfermedades crónicas (Marca si procede) / Chronic illnesses (Tick if applicable)

- diabetes/ diabetes
- epilepsia/ epilepsy
- alergia/ allergy
- asma/asthma
- otra, especificar/ other, (please specify):

Enfermedad NO crónica pero que requiere de medicación regular/ Non-chronic illness that requires regular medication:

: SI NO

Si durante en la escuela necesita tomar algún medicamento y necesita que lo custodiamos /If the student needs to take medication during school hours and requires the school to store it:

- Solicitud y consentimiento informado/Informed cosen form (Annexes V, VI i VII).
- Medicación prescrita por el médico con el etiquetado correspondiente (nombre y apellidos, dosificación y frecuencia) /Prescription with label including full name, dosage, and frequency
- En caso de alumnado menor de edad, la documentación debe ser aportada por los padres o tutores legales/ If the student is a minor, the documents must be provided by the parents or legal guardians.

Documentación a entregar en caso de enfermedad crónica. Debe entregar en sobre cerrado/ Documentation to be submitted in case of chronic illness. Must be delivered in a sealed envelope:

- Fotocopia del DNI/NIE y del SIP/ Photocopy of DNI/NIE and health card (SIP).
- Informe médico donde conste el diagnóstico, tratamiento, pautas en caso de emergencia y posibles intolerancias o alergias conocidas/ Medical report including diagnosis, treatment, emergency protocol, and known allergies or intolerances

Firma (o, en su caso, padre, madre o representante legal/

Signature (or, if applicable, father, mother o legal guardian):