

CÓDIGO DE CENTRO  
46002957

CURSO ESCOLAR 2024-2025

**DATOS DEL ALUMNO/A**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

**ALUMNOS/AS MENORES O TUTELADOS/AS** (Rellenar solo si el alumno es menor de edad o adulto con tutela)

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**PLAZA EN LA QUE SE MATRICULA**

CICLO FORMATIVO (Marcar con una X en el casillero correspondiente): NIA: \_\_\_\_\_

GRADO MEDIO					GRADO SUPERIOR				
Jardinería y Floristería	1º		2º		Gestión Forestal y Medio Natural	1º		2º	
Producción agroecológica	1º		2º		Paisajismo y Medio Rural	1º		2º	

Catarroja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Firma del solicitante o de su representante legal

**A RELLENAR POR EL CENTRO (Indicar con una X la documentación que se acompaña a la solicitud)**

FOTOCOPIA DNI/NIE		NORMATIVA FALTAS		DECLARACION RESPONSABLE CAPAC..	
REQUISITO ACADÉMICO		CUESTIONARIO SALUD		CERTIFICADO DISCAPACIDAD	
AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES MENORES		USO IMÁGENES		FOTOGRAFÍA	
APORTACION VOLUNTARIA AMPA		USO COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA		OTROS: _____	