

1. DATOS PERSONALES DEL/DE LA ALUMNO/A

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DNI/NIE	SEXO	CORREO ELECTRÓNICO(1)		
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	LOCALIDAD DE NACIMIENTO	PROVINCIA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD
NIA	TELÉFONO(S) _____ / _____			

(1) El correo electrónico será la forma preferente de comunicación con el alumnado y/o padres/tutores legales.

2. DATOS DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES (EN CASO DE MENORES DE EDAD)

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		DNI
CORREO ELECTRÓNICO (1)		TELÉFONO
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta de la del alumno/a)		
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA		DNI
CORREO ELECTRÓNICO (1)		TELÉFONO
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta de la del alumno/a)		

3. DATOS DE MATRÍCULA

IDIOMA	CURSO Y NIVEL 1A2 <input type="checkbox"/> 2A2 <input type="checkbox"/> 3A2 <input type="checkbox"/> 1B1 <input type="checkbox"/> 2B1 <input type="checkbox"/> 3B1 <input type="checkbox"/> 1B2 <input type="checkbox"/> 2B2 <input type="checkbox"/> 1C1 <input type="checkbox"/> 2C1 <input type="checkbox"/> 1C2 <input type="checkbox"/> 2C2 <input type="checkbox"/>
GRUPO	HORARIO

4. CONDICIÓN DE SALUD CRÓNICA QUE PRESENTA

En caso de que requiera administración de medicamentos en horario de asistencia al centro y sea menor de edad, presentar cumplimentados por facultativo y padres/tutores los **Anexos IV y V** de la **RESOLUCIÓN de 13 de junio de 2018 sobre atención sanitaria en centros educativos**.

5. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN CASO NECESARIO

Firma del alumno/ de la alumna			En caso de menores: Firma del padre/tutor legal		Firma de la madre/tutora legal
En _____, a _____ de _____ de 20__					