

# CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL CRUZ ROJA ESPAÑOLA

CURSO 20\_\_ - 20\_\_

ADSCRITO AL I.E.S. LEONARDO DA VINCI

## IMPRESO DE MATRÍCULA

(ESCRIBIR EN MAYÚSCULA)

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE:

N.I.A.:

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

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

TELEF: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

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

LUGAR: \_\_\_\_\_

**CURSO EN EL QUE SE MATRICULA: (Indicar qué)**

**CURSO**

CICLO FORMATIVO **MEDIO:**

ENFERMERÍA

1º

2º

FARMACIA

EMERGENCIAS  
SANITARIAS

CICLO FORMATIVO **SUPERIOR:**

LABORATORIO

1º

2º

TURNO QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_

MAÑANA

TARDE

(Solo para Farmacia y Enfermería) Se confirmará finalizado periodo de matrícula

ESTÁ EXENTO DEL SEGURO ESCOLAR\* \_\_\_\_\_

SÍ

NO

SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO \_\_\_\_\_

SÍ

NO

REPITE CURSO \_\_\_\_\_

SÍ

NO

ESTUDIOS APORTADOS: \_\_\_\_\_

ASIGNATURAS PENDIENTES:

1º \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_ 4º \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

2º \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_ 5º \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

3º \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_ 6º \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

Quedo enterado/a que la presente inscripción está condicionada a la comprobación de los datos, de cuya veracidad me hago responsable.

\*Quedan exentos del pago del seguro escolar los mayores de 28 años

Sello centro

Fecha:

Firma: