

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:

DNI-NIE:

N.U.S.S:

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

C.P. _____ TELEF. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR _____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA: (Indicar qué)

CURSO

CICLO FORMATIVO **MEDIO:**

☐

ENFERMERÍA

☐

FARMACIA

☐

EMERGENCIAS
SANITARIAS

1º

☐

2º

☐

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 exentas del pago del seguro escolar las personas mayores de 28 años

Sello centro

Fecha:

Firma: