

IES 12 de octubre  
Torre de la Horadada  
Telf: 965679680  
03016985@edu.gva.es



**SOLICITUD DE MATRÍCULA**  
**SOL·LICITUD DE MATRÍCULA**  
CURSO 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_



**1º CFM**

Rellene los datos con letra clara y en mayúsculas

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / DADES PERSONALS DE L'ALUMNE			Expediente n°
Apellidos / Cognoms		Nombre / Nom	DNI/ NIE
Fecha de nacimiento / Data de naixement	Localidad y provincia de nacimiento / Localitat i província de naixement		País / País
Domicilio familiar / Adreça familiar		Código postal / Codi postal	Correo electrónico/ Correu electrònic

**DATOS PERSONALES DE LOS PADRES O TUTORES/ DADES PERSONALS DELS PARES O TUTORS**

Padre o tutor / Pare o tutor	DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono / Telèfon	Correo electrónico/correu electrònic
Madre o tutora / Mare o tutora	DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono / Telèfon	Correo electrónico/correu electrònic

**DATOS ACADÉMICOS / DADES ACADÈMIQUES (marque con una X o rellene según proceda en las casillas sombreadas)**

Centro y curso anterior/ Centre i curs anterior:					
El alumno cursará las siguientes asignaturas:					
<ul style="list-style-type: none"><li>- Primeros auxilios</li><li>- Inglés profesional</li><li>- Organización de la atención a las personas en situación de dependencia</li><li>- Características y necesidades de las personas en situación de dependencia</li><li>- Atención y apoyo psicosocial</li><li>- Apoyo Domiciliario</li><li>- Atención higiénica</li><li>- Itinerario personal para la empleabilidad I</li><li>- FCT</li></ul>					
Repite / Repeteix	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				

**OTROS DATOS / ALTRES DADES (marque según proceda)**

	Sí	No	
AMPA (Asociación de Madres y Padres del Alumnado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Certificado médico de enfermedad crónica con tratamiento en horario escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autorización publicación de imágenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha de matrícula / Data de matrícula	Firma del padre o tutor	Firma de la madre o tutora	Firma del alumno/a

Cita célebre de Gandhi: "Nadie me puede hacer daño sin mi permiso".