

CFGM
FARMÀCIA I PARAFARMÀCIA
FARMACIA Y PARAFARMACIA
 REPETEIX / REPITE

CURS/CURSO: 2020/21
IMPRES DE MATRÍCULA
IMPRESO DE MATRÍCULA

Primer cognom Primer apellido		Segon cognom Segundo apellido		Nom Nombre		DNI/NIE	
Adreça familiar Dirección familiar				Localitat Localidad		C.P.	
Lloc de naixement / Lugar de nacimiento		Província/ Provincia		País		Nacionalitat/ Nacionalidad	
						Data de naixement Fecha de nacimiento	
						____/____/____	
Alumnat major d'edat Alumnado mayor de edad		Telèfon/Teléfono e-mail		Últim curs realitzat, any i centre / Último curso realizado, año y centro			

ALUMNAT MENOR DE EDAT / ALUMNADO MENOR DE EDAD				
MARE MADRE	Nom Nombre	DNI/NIE	Telèfon Teléfono	e-mail
	Adreça en cas de no convivència en la unitat familiar Dirección en caso de no convivència en la unidad familiar			
PARE PADRE	Nom Nombre	DNI/NIE	Telèfon Teléfono	e-mail
	Adreça en cas de no convivència en la unitat familiar: Dirección en caso de no convivència en la unidad familiar			

Marcar el curs corresponent / Marcar el curso correspondiente

<input type="checkbox"/> 1r	Mòduls Comuns Módulos comunes	Alumnat nou / Alumnado nuevo: <input type="checkbox"/> Curs complet / Curso completo
		Alumnat/Alumnado repetidor (Marcar sols els mòduls a cursar / Marcar sólo los módulos a cursar): <input type="checkbox"/> Disposició i venda de productes. <input type="checkbox"/> Anatomofisiologia i patologies bàsiques <input type="checkbox"/> Dispensació de productes parafarmacèutics <input type="checkbox"/> Promoció de la salut <input type="checkbox"/> Operacions bàsiques de laboratori <input type="checkbox"/> Anglès Tècnic I <input type="checkbox"/> Formació i orientació laboral
<input type="checkbox"/> 2n	Mòduls Comuns Módulos comunes	(Alumnat que promociona marcar tots els mòduls / Alumnado que promociona marcar todos los módulos): (Alumnat repetidor marcar sols els mòduls a cursar / Alumnado repetidor marcar sólo los módulos a cursar): <input type="checkbox"/> Oficina de farmacia <input type="checkbox"/> Empresa i iniciativa emprenedora. <input type="checkbox"/> Dispensació de productes farmacèutics. <input type="checkbox"/> Anglès Tècnic II <input type="checkbox"/> Formulació magistral. <input type="checkbox"/> Formació en Centres de Treball. <input type="checkbox"/> Primers auxilis.

Malaltia crònica / Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Nom de la malaltia <i>Nombre de la enfermedad</i>
Haurà d'aportar un informe del facultatiu sobre les condicions de salut que exigeixen atenció sanitària durant la seua estància en el centre. <i>Tendrá que aportar un informe del facultativo sobre las condiciones de salud que exigen atención sanitaria durante su estancia en el centro.</i>	

PERMÍS PER PUBLICAR FOTOS I/O VÍDEOS	<i>Sol·licitem permís per a poder mostrar fotografies i/o vídeos de l' alumant realitzant activitats o tasques escolars. Aquestes fotografies o vídeos seran utilitzades en la pàgina web (www.iesalmadrava.com), la revista o altres activitats del centre. Solicitamos permiso para poder mostrar fotografías y/o vídeos del alumnado realizando actividades escolares. Éstas fotografías o vídeos serán utilizadas en la página web (www.iesalmadrava.com), la revista u otras actividades del centro.</i>
<input type="checkbox"/> AUTORITZE al fet de que es facen fotografies i/o vídeos i puguen ser publicats. / <i>AUTORIZO a que se hagan fotografías y vídeos y puedan ser publicados.</i> <input type="checkbox"/> NO AUTORITZE al fet de que es facen fotografies i/o vídeos i puguen ser publicats. / <i>NO AUTORIZO a que se hagan fotografías y vídeos y puedan ser publicados.</i>	

WEB FAMÍLIA <i>(menors de 18 anys / menores de 18 años)</i>	<i>Com a tutor/a legal sol·licite accés a la "Web familia" per a consultar la informació arreplegada. Como tutor/a legal solicito acceso a la "Web familia" para consultar la información recogida.</i>	
	<input type="checkbox"/> ACCÉS WEB FAMÍLIA <i>ACCESO WEB FAMILIA</i>	EMAIL:

Major d'edat/ Mayor de edad

EMAIL:

Signatura de l'alumne/alumna (major d'edat) o pare/mare/responsable legal / *Firma del alumno/alumna (mayor de edad) o padre/madre/responsable legal*

Benidorm, a _____ de _____ de 20__