

CFGM

CURES AUXILIARS D'INFERMERIA CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

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

- Matí/Mañana
 Vesprada/Tarde

REPETEIX / REPITE

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	Assignatures Comunes: <i>Asignaturas comunes</i>	Alumnat nou: <input type="checkbox"/> Curs complet / <i>Curso completo</i>	
		Alumnat repetidor (Marcar sols els mòduls a cursar / <i>Marcar sólo los módulos a cursar</i>):	
		<input type="checkbox"/> Operacions administratives i documentació sanitària.	<input type="checkbox"/> Tècniques d'ajuda odontològica / estomatològica.
		<input type="checkbox"/> Tècniques bàsiques d'infermeria.	<input type="checkbox"/> Relacions amb l'entorn de treball.
		<input type="checkbox"/> Higiene del medi hospitalari i neteja de material.	<input type="checkbox"/> Formació i orientació laboral.
		<input type="checkbox"/> Promoció de la salut i suport psicològic al pacient.	
<input type="checkbox"/> 2n	Assignatures Comunes: <i>Asignaturas comunes</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Formació en Centres de Treball.	

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.
Tendrá que aportar un informe del facultativo sobre las condiciones de salud que exigen atención sanitaria durante su estancia en el centro.

PERMÍS PER PUBLICAR FOTOS I/O VÍDEOS	<p><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.</i></p> <p><i>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></p>
---	--

- AUTORITZE al fet de que es facen fotografies i/o vídeos i puguen ser publicats. / *AUTORIZO a que se hagan fotografías y vídeos y puedan ser publicados.*
- NO AUTORITZE al fet de que es facen fotografies i/o vídeos i puguen ser publicats. / *NO AUTORIZO a que se hagan fotografías y vídeos y puedan ser publicados.*

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.</i> <i>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
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__