

## **MATRÍCULA 2n CFGM**

### **DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR**

1. Instància de Matrícula: l'exemplar degudament complimentat i signat.
2. Fotocòpia DNI/NIE/PASSAPORT o resguard.
3. 2 fotografies tamany carnet.
4. Fotocòpia del llibre de família on consten les dades de l'alumne/a i, si és família nombrosa, documentació que ho acredite.
5. Justificant d'ingrés de l'assegurança escolar (1'12 €) on s'indique al concepte Nom, Cognoms de l'alumne/a i curs del qual es matricula, en el compte bancari  
ES11 3159 0014 3616 6335 3926
6. Fotocòpia del NUSS (número de la Seguretat Social)
7. En el seu cas, justificant de la transferència de la quota de l'Associació de Mares i Pares d'Alumnes (AMPA). Es posarà un X en el requadre corresponent de la instància de matrícula. **ANNEX I**
8. Model de sollicitud de consentiment per a la recollida de dades. **ANNEX II**
9. Sollicitud d'accés a web família. **ANNEX III**
10. **ANNEX IV i V** per a l'administració de medicaments, en cas de malaltia crònica.
11. **ANNEX VI** d'autorització d'eixides per la localitat.

### **DATES DE FORMALITZACIÓ DE MATRÍCULA**

**1 de juliol de 2022**

**9:00h a 14:00h**



**Unió Europea**

Fons Social Europeu  
El FSE inverteix en el teu futur

## ANNEX I

*Associació de Mares i Pares d'Alumnes. IES "Clara Campoamor" Alaquàs (València)*

Un any més, ens dirigim a vosaltres i donem la benvinguda als nous socis. Continuem treballant amb molta il·lusió i el nostre propòsit és millorar i ampliar la nostra labor. Vos recordem que la nostra directiva està oberta a qualsevol soci que vullga incorporar-se a ella.

La quota de soci per a aquest pròxim curs serà de 12 € amb un fill i 18 € amb 2 fills o més. Esta quota s'abonarà en Caixa Popular, en qualsevol de les oficines que es troben en les direccions que, a continuació, vos indiquem i en horari de 8:30 a 14:30 hores:

-Alaquàs: Avinguda Ausiàs March, 39.

-Aldaia: Carrer Conca, 7.

**IBAN: ES45 3159 0014 3220 3076 3029**

**Com a novetat enguany es farà un grup de WhatsApp només de difusió perquè tots els nostres socis estiguen millor informats així doncs si voleu que se us incloga en el grup enviar-nos un WhatsApp al 644533459.**

Per a major agilitat, heu d'omplir el document d'ingrés de Caixa Popular amb el nom, cognoms i curs de l'alumne/es i, una vegada efectuat l'ingrés, cal posar una còpia del mateix dins del sobre de la matrícula del centre juntament amb el butlletí de presa de dades que s'adjunta a continuació (no vos oblideu de firmar-ho).

**EL PAGAMENT DE LA QUOTA ES POT EFECTUAR PER TRANSFERÈNCIA BANCARIA, INGRÉS EN CAIXA O PEL CAIXER AUTOMÀTIC, EL QUAL NO TE CAP COMISSIÓ. EN EL CONCEPTE CAL POSAR QUOTA AMPA, NOM, COGNOMS ALUMNE I EL CURS PER TAL D'EVITAR CONFUSIONS I FACILITAR EL NOSTRE TREBALL.**

Junta AMPA

.....  
**FITXA D' INSCRIPCIÓ AMPA 2021-2022**

**NOM I COGNOMS DELS PARE/MARE/TUTOR:**

.....  
DOMICILI:.....

POBLACIÓ: ..... C.P.: .....

TELÈFONS DE CONTACTE: ..... / ..... / .....

CORREU ELECTRÒNIC:.....

**NOM I COGNOMS DEL/DELS ALUMNE/ES I CURS QUE REALITZARÀ/AN:**

ALUMNE:..... CURS:.....

ALUMNE:..... CURS:.....

ALUMNE: .....CURS:.....

**D'ACORD AMB L'ESTABLERT EN LA LLEI ORGÀNICA 15/1999, DEL 13 DE DESEMBRE, DE PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL, QUEDEN INFORMATS I ACCEPTEN LA INCORPORACIÓ DE LES SEUES DADES DE CARÀCTER PERSONAL ALS FITXERS INFORMATITZATS EXISTENTS EN L'ASSOCIACIÓ, QUE ES CONSERVARAN EN LA MATEIXA, AMB CARÀCTER CONFIDENCIAL, PER TAL D' ENVIAR INFORMACIÓ CORRESPONENT A L'ASSOCIACIÓ.**

**VOSTÉ PODRÀ SOL·LICITAR L'ACCÉS, RECTIFICACIÓ I ANUL·LACIÓ DE LES SEVES DADES PERSONALS EN QUALESVOL MOMENT**

**DATA I SIGNATURA**

PER A QUALESVOL DUBTE O ACLARIMENT ENVIAR UN EMAIL A:  
**[ampaclaracampoamoralaquas@gmail.com](mailto:ampaclaracampoamoralaquas@gmail.com)**



**Unió Europea**

Fons Social Europeu

*El FSE inverteix en el teu futur*

**ANNEX II**  
**CONSENTIMENT DE CESSIÓ DE DADES I IMATGES PER A ÚS EDUCATIU DEL CENTRE**  
**I DIFUSIÓ DE L'ACTIVITAT EDUCATIVA**

EN / NA \_\_\_\_\_ major d'edat, titular del  
DNI: \_\_\_\_\_ pare, mare o tutor legal de \_\_\_\_\_,  
pel present document manifeste:

I.- Que he estat informat pel centre educatiu en els següents termes:

- a) El responsable del tractament de les dades és l'IES Clara Campoamor.
- b) És habitual l'enregistrament, per part de centre, d'imatges (fotografia i vídeo) amb la finalitat de documentar les activitats i pràctiques educatives que realitzen el centre. Així mateix, és pràctica habitual la publicació, en la pàgina web de centre de les imatges i vídeos en les quals apareix l'alumnat amb finalitats promocionals i informatives de l'IES.
- c) La informació relativa al tractament de dades relacionades amb les activitats i pràctiques educatives escolars es pot consultar al Registre de les Activitats de Tractament de l'IES Clara Campoamor.
- d) Els drets que preveu la normativa vigent en matèria de protecció de dades personals permeten sol·licitar l'accés a aquests, la seua rectificació o supressió, limitar el tractament o oposar-se a la mateixa per mitjà d'un escrit que acredite la seua identitat i que vaja dirigit a: IES Clara Campoamor, C/ Rigoberta Menchú 1, Alaquàs, o al correu electrònic: 46023225@edu.gva.es

II.- En relació amb la informació anterior,

done

NO done

el meu consentiment perquè el centre pugui fer ús de les imatges del/la menor a qui represente per a publicació d'imatges en la pàgina web de centre amb finalitat educativa i promocional del centre.

III.- Estic informat/da de la possibilitat de retirar el meu consentiment en qualsevol moment mitjançant escrit, adjuntant document identificatiu dirigit a: IES Clara Campoamor, C/ Rigoberta Menchú 1, Alaquàs, o al correu electrònic: 46023225@edu.gva.es

IV.- També estic informat / da de la possibilitat de presentar una reclamació davant l'autoritat nacional de control competent en matèria de protecció de dades (Agència Espanyola de Protecció de Dades - AEPD), especialment quan no haja obtingut resposta satisfactòria en l'exercici dels meus drets o de la persona a la qual represente.

I en prova de conformitat, signe el present document en el lloc i la data indicats a l'encapçalament.

Alaquàs, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signat

Pare/mare o representant legal de l'alumnat




**Unió Europea**

Fons Social Europeu

El FSE inverteix en el teu futur

### ANNEX III

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b>		<b>SOL·LICITUD D'ACCÉS A WEB FAMÍLIA</b> <b>SOLICITUD DE ACCESO A WEB FAMÍLIA</b>	
<b>A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>			
DOCUMENT / DOCUMENTO	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE		
<b>B TIPUS D'ACCÉS SOL·LICITAT / TIPO DE ACCESO SOLICITADO</b>			
Accés a Web família / Acceso a Web familia (1) Correu electrònic / Correo electrónico: _____			
(1) Camp obligatori / Campo obligatorio			
<b>C SOL·LICITUD / SOLICITUD</b>			
Com a tutor/a legal, sol·licite accés a la Web família per a consultar la informació arreglada dels següents alumnes matriculats en el centre: Como tutor/a legal, solicito acceso a la Web familia para consultar la información recogida de los siguientes alumnos matriculados en el centro:			
1.	_____	Curs / Curso	_____
2.	_____	Curs / Curso	_____
3.	_____	Curs / Curso	_____
4.	_____	Curs / Curso	_____
5.	_____	Curs / Curso	_____
6.	_____	Curs / Curso	_____
7.	_____	Curs / Curso	_____
8.	_____	Curs / Curso	_____
9.	_____	Curs / Curso	_____
10.	_____	Curs / Curso	_____
_____		d	de _____
Representant legal / Representante legal			
Firma: _____		REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA	
<small>De conformitat amb la normativa europea i espanyola en matèria de protecció de dades de caràcter personal, les dades que ens proporcionen seran tractades per aquesta conselleria, en qualitat de responsable i en l'exercici de les competències que té atribuïdes, amb la finalitat de gestionar l'objecte de la instància que ha presentat.            Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos personales, limitación y oposición de tratamiento, presentando un escrito en el registro de entrada de esta conselleria.            De conformidad con la normativa europea y española en materia de protección de datos de carácter personal, los datos que nos proporcionen serán tratados por esta conselleria, en calidad de responsable y en el ejercicio de las competencias que tiene atribuidas, con la finalidad de gestionar el objeto de la instancia que ha presentado.            Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos personales, limitación y oposición de tratamiento presentando un escrito en el registro de entrada de esta conselleria.</small>		DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA DE ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE	

## ANNEX IV



### ANNEX IV

### INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

DADES DE L'ALUMNE/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

L'alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

Medicació (nom comercial del producte)	Dosi	Hora d'administració	Procediment/ via per a la seua administració	Duració del tractament	Indicacions específiques sobre conservació, custòdia i administració del medicament

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat

Núm. col·legiat/col·legiada:

## ANNEX V



<b>ANNEX V</b>
<b>CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL</b>
<b> </b>
<b>SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE</b>
<b>PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ</b>
<b>O UNA ALTRA ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR</b>

Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
amb NIF: \_\_\_\_\_, amb domicili als efectes de notificació a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
localitat \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ província \_\_\_\_\_  
telèfons \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
correu electrònic \_\_\_\_\_  
pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_  
del centre educatiu \_\_\_\_\_  
de la localitat de \_\_\_\_\_

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la metgessa, Sr./Sra.  
\_\_\_\_\_  
col·legiat/col·legiada núm. \_\_\_\_\_ de tots els aspectes relatius a  
l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en horari escolar i dóna el seu  
consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari, i

### SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans  
necessaris per a administrar la medicació / l'atenció específica, segons la prescripció i  
indicacions mèdiques que s'adjunten.

Aquesta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

responsable de la direcció del centre docent.

**Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):** informe de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_, 20\_\_

Signat \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_

