

Curso Académico 2025/26

2º ESO

FORMULARIO DE MATRÍCULA

DATOS del ALUMNO/A

APELLIDOS					
NOMBRE					
Nacionalidad	País de Nacimiento		Ciudad de nacimiento		
Fecha Nacimiento	Nif/Nie/Pasaporte		Núm SIP	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección	Calle		Num	Esc	Planta Puerta
	Cod. Postal	Localidad	Provincia		

DATOS de los PADRES/MADRES TUTORES/AS

DATOS DE LA MADRE/TUTORA	DATOS DEL PADRE/TUTOR
APELLIDOS	APELLIDOS
NOMBRE	NOMBRE
Nif/Nie/Pasaporte	Nif/Nie/Pasaporte
Teléfonos: Telf 1 Telf 2	Teléfonos: Telf 1 Telf 2
@Correo Elect.	@Correo Elect.
Dirección (En caso de ser distinta del alumno/a (Separación) C/	Dirección (En caso de ser distinta del alumno/a (Separación) C/
RELLENAR EN EL CASO DE PADRES/MADRES SEPARADOS/DIVORCIADOS O NO CONVIVENCIA MUTUA.	
SEÑALAR QUIÉN TIENE LA CUSTODIA DEL ALUMNO/A: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS (COMPARTIDA)	INDICAR SI EXISTE ALGÚN LÍMITE EN LA PATRIA POTESTAD Y QUIÉN TIENE DICHO LÍMITE: <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE

Datos del curso anterior

Indica en qué centro estudiaste el curso pasado: <input type="checkbox"/> IES La Torreta <input type="checkbox"/> Otro	Curso y Grupo anterior 2024/25: ¿Vas a repetir curso este año? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	---

Elección de optativas para el presente curso 2025/26

A continuación, debes elegir las 7 asignaturas por orden de prioridad (1º, 2º, 3º...)	
<input type="checkbox"/> FRANCÉS 2º idioma	<input type="checkbox"/> ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD (TP)
<input type="checkbox"/> MITOLOGÍA GRECOROMANA (TP)	<input type="checkbox"/> LABORATORIO DE FÍSICA Y QUÍMICA (TP)
<input type="checkbox"/> OLIMPIADA MATEMÁTICA (TP)	<input type="checkbox"/> LIGA DE DEBATE (PI)
<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN IA Y ROBÓTICA (Piari I)	
Elección de Religión o Atención educativa <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Atención Educativa	

Indicar en la casilla si el alumno/a requiere de alguna medicación en caso de urgencia médica en horario lectivo <input type="checkbox"/>

D/Dña: _____ como padre/madre/tutor/a del alumno/a
declara ser ciertos los datos recogidos en este formulario y se compromete a notificar los cambios que se pudieran dar.

Firma:

Elda, a ____ de ____ de ____