

# Curso Académico 2025/26

# 1º FP BÁSICA

## FORMULARIO DE MATRÍCULA

### FAMILIAS PROFESIONALES

Electricidad y Electrónica	Imagen Personal	Textil Confección y Piel
<input type="checkbox"/> Electricidad y Electrónica	<input type="checkbox"/> Peluquería y Estética	<input type="checkbox"/> Arreglo y Reparación de Artículos Textiles y Piel

Aporta consejo de orientación con propuesta a una FP BÁSICA ☐

### DATOS del ALUMNO/A

<b>APELLIDOS</b>			
<b>NOMBRE</b>			
Nacionalidad _____	País de Nacimiento _____	Ciudad de nacimiento _____	
Fecha Nacimiento ____/____/____	Nif/Nie/Pasaporte _____	Núm SIP _____	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Dirección</b>	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)) _____	Dirección (En caso de ser distinta del alumno/a (Separación)) _____
<b>RELLENAR EN CASO DE PADRES/MADRES SEPARADOS/DIVORCIADOS O NO CONVICENCIA MUTUA.</b>	
SEÑALAR QUIÉN TIENE LA CUSTODIA DEL ALUMNO/A: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS (COMPARTIDA)	<input type="checkbox"/> INDICAR SI EXISTE ALGÚN <b>LÍMITE EN LA PATRIA POTESTAD</b> 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 Torre <input type="checkbox"/> Otro _____	Curso y Grupo anterior 2024/25: _____ ¿Vas a repetir curso este año? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicar en la casilla si el alumno/a requiere de alguna medicación en caso de urgencia médica en horario lectivo ☐

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 \_\_\_\_\_