

FOTO

FITXA MATRÍCULA 23-24

CURS 1r ESO

GRUP:

A completar per Secretaria			
NIA		Repetidor Sí <input type="checkbox"/>	1r Idioma Francès <input type="checkbox"/>

DADES PERSONALS / Datos Personales

PRIMER COGNOM/ APELLIDO1	SEGON COGNOM/ APELLIDO2	NOM/ NOMBRE	
SIP	DNI/NIE/passaport alumne/o:	SEXE / Sexo: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona Hombre Mujer	VIU AMB / Vive con: <input type="checkbox"/> Pare <input type="checkbox"/> Mare Padre Madre <input type="checkbox"/> Altres / Otros
PARE: Primer cognom PADRE:	Segon cognom	Nom	DNI/NIE/passaport pare:
MARE: Primer cognom MADRE:	Segon cognom	Nom	DNI/NIE/passaport mare:
ADREÇA / DIRECCIÓN:		Número:	Pis/o: Porta/Puerta
Localitat/ Localidad	Codi Postal / Código Postal:	TELÈFONS / Teléfonos: _____ / _____	
<input type="checkbox"/> No convivència progenitors per separació, divorci o situació anàloga/No convivencia progenitores por separación, divorcio o situación análoga Hi ha limitació de la pàtria potestat d'alguns dels progenitors/Hay limitación de la patria potestad de algún progenitor Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DADES de l'altre progenitor (adreça, localitat i telèfons) /DATOS del otro progenitor (dirección, localidad y teléfonos) <input type="checkbox"/> pare / padre <input type="checkbox"/> mare / madre			
DATA DE NAIXEMENT/ Fecha Nacimiento:: __ / __ / __	LLOC DE NAIXEMENT (País, Localitat, Província) / Lugar de nacimiento	NACIONALITAT Nacionalidad	
CORREU ELECTRÒNIC pares / Correo Electrónico padres:		CORREU ELECTRÒNIC alumne / Correo Electrónico alumno/a:	

Indicar si té alguna malaltia crònica o al·lèrgia
Indicar si tiene alguna enfermedad crónica o alergia

DADES ACADÈMIQUES / Datos Académicos

RELIGIÓ (marca amb una creu): Atenció Educativa / Atención Educativa <input type="checkbox"/> Religió Catòlica / Religión Católica <input type="checkbox"/>	Membre de l'Associació de Pares d'Alumnes Miembro de la Asociación de Padres de Alumnos (AMPA) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Matrícula: <input type="checkbox"/> Ordinària / Ordinaria <input type="checkbox"/> Família nombrosa 1a / F. Numerosa1 <input type="checkbox"/> Família nombrosa 2a / F. Numerosa2
CURS, GRUP I CENTRE ON ESTAVES EL CURS PASSAT: CURSO, GRUPO Y CENTRO DONDE ESTABAS EL CURSO PASADO:		

OPCIONAL AUTONÒMICA Posa 1, 2, 3 per ordre de preferència / Elige 3 por orden de preferencia: 1, 2, 3
--

<input type="checkbox"/> Competència Comunicativa Oral en Anglès/ Competencia Comunicativa Oral en Inglés
<input type="checkbox"/> Ràdio, TV i Plataformes Musicals/ Radio, TV y plataformas musicales
<input type="checkbox"/> Taller de reforç /Taller de refuerzo
<input type="checkbox"/> Francès / Francés
<input type="checkbox"/> Taller de Relacions Digitals Responsables (Informàtica)/Relaciones Digitales Responsables (Informática)
<input type="checkbox"/> Recicl-ART (Dibuix) / Recicl-ART (Dibujo)

Donat que aquest alumne no disposa d'assegurança escolar, en cas d'urgència mèdica ha de ser atès per la companyia _____ al centre mèdic _____.

Dado que no dispone de seguro escolar, en caso de urgencia médica ha de ser atendido por la compañía _____ en el centro médico _____.

La Vila Joiosa, _____ de _____ de 2023

L'alumne/a
El/la alumno/a

Pare/mare/tutor/a
Padre/madre/tutor/a

El/la Funcionari/a
El/la Funcionario/a