

A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE L'ALUMNE/A

TIPUS DOCUMENT DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ALTRES <input type="checkbox"/>	NÚMERO DOCUMENT	COGNOM1	COGNOM2	NOM
---	-----------------	---------	---------	-----

B DADES FAMILIARS

DADES DEL PARE/TUTOR

TIPUS DOCUMENT DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ALTRES <input type="checkbox"/>	NÚMERO DOCUMENT	COGNOM1	COGNOM2	NOM
---	-----------------	---------	---------	-----

DADES DE LA MARE/TUTORA

TIPUS DOCUMENT DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ALTRES <input type="checkbox"/>	NÚMERO DOCUMENT	COGNOM1	COGNOM2	NOM
---	-----------------	---------	---------	-----

C DADES ACADÈMIQUES

CURS	GRUP	ETAPA ESO <input type="checkbox"/> BATXILLERAT <input type="checkbox"/> CICLES FORMATIUS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>
------	------	--

D DECLARACIÓ

El/la meu/a fill/a pateix d'una MALALTIA CRÒNICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

En cas de respondre SÍ, haurà d'adjuntar un INFORME MÈDIC i, a ser possible, un PLA D'ACTUACIÓ davant de les possibles incidències relacionades amb la malaltia.

E AUTORITZACIÓ

AUTORITZE A CEDIR A L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA LES DADES DEL MEU FILL/A (cognoms i nom, data naixement, adreça i curs), que sols podrà ser utilitzades per a les campanyes de vacunació i d'altres activitats de caràcter sanitari d'interès general.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

AUTORITZE AL CENTRE PERQUÈ REMETA INFORMACIÓ ACADÈMICA DE L'ALUMNE/A DEL CURS ACADÈMIC A LA PLATAFORMA "WEB FAMÍLIA" DEL PROGRAMA ITACA DE LA CONSELLERIA D'EDUCACIÓ (Rebran un correu electrònic a l'adreça electrònica indicada en el full de matrícula per a l'accés a la web)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---

Algemesí, a _____ de _____ de 2024

Signatura del pare/mare/tutor

Signat _____

