

Alumno/a: Apellidos, Nombre / Alumne/a: Cognoms, Nom

DNI:

F. nacim/ D. naixement

Localidad / Localitat:

Provincia/Província

Nacionalidad/ Nacionalitat

Domicilio/Domicili

Localidad/ Localitat

C. Postal

SIP

Tf fijo / Tf fix

Tf móvil alum./Tf mòbil:

Email alum. de gva: @edu.gva.es

Padre, madre o tutor/a / Pare/mare o tutor/a

Madre/padre o tutor/a / Mare, pare o tutor/a

DNI

TFmovil/ Tf. mòbil

DNI

Tf movil/ Tf. mòbil

email:

email:

Indicar si los padres/madres/tutores no conviven : (En ese caso la solicitud debe firmarse por ambos)

Indicar si els pares/mares/tutors no conviuen: (En eixe cas la sol·licitud ha de signar-se per tots dos)

Si los no conviven indicar si hay limitación de patria potestad del:

Si no conviven indiqueu si hi ha cap limitació de pàtria potestat del:

Nuevo en el IES / Nou a l' IES Repite / Repeteix

Centro de procedencia/Centre de procedència

OPCIONES PARA EL PRÓXIMO CURSO/ OPCIONS PER AL PROPER CURS

Elegir si se desea cursar / triar si es desitja cursar:

Rel. católica/Rel catòlica

Optativas / Optatives

(numera de 1 a 5 por orden de preferencia / numera d'1 a 5 per ordre de preferència).

Finanzas y consumo responsable/Finances i consum responsable Segunda Lengua extranjera/ Segona Llengua estrangera Lab. de Artes escénicas / Lab. d'Arts Escèniques Lab. De Creación audiovisual / Lab. de creació audiovisual Taller de refuerzo/ Taller de reforç Proyecto interdisciplinar/ Projecte Interdisciplinari. Taller de Relaciones digitales responsables/ Taller de Relacions Digitals Responsables

Sedaví

2024

Firmado 1: / Signat 1:

Firmado 2: / Signat 2:

ATENCIÓN: CONTINUAR CON LAS AUTORIZACIONES DE LA DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

ATENCIÓ: CONTINUAR AMB LES AUTORITZACIONS DE LA DOCUMENTACIÓ COMPLEMENTÀRIA

SOLICITO EL ALTA A WEBFAMILIA (no dispongo o deseo cambiar de correo o contraseña)
SOL·LICITE L'ALTA A WEBFAMILIA (no dispose o desitge canviar de correu o contrasenya)

CONSENTIMIENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS.

CONSENTIMENT PER A LA RECOLLIDA DE DADES.

Doy mi conformidad en los términos del documento informativo de matrícula

Done la meua conformitat en els termes del document informatiu de matrícula

ATENCIÓN EN URGENCIAS MÉDICAS:

ATENCIÓ EN URGÈNCIES MÈDIQUES:

Autorizo a la dirección del centro a tomar las medidas de atención urgente que sean necesarias conforme a los protocolos establecidos

Autoritze la direcció del centre a prendre les mesures d'atenció urgent

que siguen necessàries conforme als protocols establits.

CONFORME AL PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA ACTIVIDAD ACADÉMICA PARA ESTUDIANTES CON PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD DECLARO:

CONFORME AI PROTOCOL D'ATENCIÓ SANITÀRIA EN L'ACTIVITAT ACADÈMICA PER A ESTUDIANTS AMB PROBLEMES CRÒNICS DE SALUT DECLARE:

A) No presenta enfermedad crónica que precise de seguimiento en el ámbito escolar

A) No presenta malaltia crònica que precise de seguiment en l'àmbit escolar

B) Sí presenta : Alergias : Asma: Diabetes: Epilepsia:

B) Sí que presenta : Al·lèrgies : Asma: Diabetis: Epilèpsia:

Otras enfermedades crónicas/Observaciones:

Altres malalties cròniques/Observacions:

ASOCIACIÓN DE PADRES Y MADRES:

ASSOCIACIÓ DE MARES I PARES, AMPA:

Inscritos en la asociación de madres y padres del centro. Autorizo a comunicar al AMPA los datos siguientes: Nombre, apellidos, tf y email de progenitores y estudiante.

Inscrits en l'associació de mares i pares del centre. Autoritze a comunicar a l'AMPA les dades següents: Nom, cognoms, tf i email de progenitors i estudiant. AMPA

Se aceptan comunicaciones por whatsapp /S'accepten comunicacions per whatsapp