1r ESO 24/25

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: @alu.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 interdiciplinar/ 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 Al 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 ☐