

**Curso Académico 2026/27****Formulario de Datos
Personales****Por favor, escriba con letra legible y en MAYÚSCULAS****DATOS del ALUMNO/A**

NIA _____		Colegio/Instituto de procedencia _____	
		País/Región/Ciudad _____	
APELLIDOS			
NOMBRE			
Nacionalidad	País de nacimiento	Ciudad y (Provincia) de nacimiento (_____)	
Fecha Nacimiento / /	Nif/Nie/Pasaporte	Número SIP	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección	Calle _____		Num. _____
	Esc. _____	Planta _____	Puerta _____
	Urbanización _____		
	Código 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 _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
@Correo Electrónico (en MAYÚSCULAS) _____	@Correo Electrónico (en MAYÚSCULAS) _____
Dirección (En caso de ser distinta del alumno/a (Separación)) _____	Dirección (En caso de ser distinta del alumno/a (Separación)) _____

RELLENAR EN CASO DE PADRES/MADRES SEPARADOS/DIVORCIADOS O NO CONVIVENCIA MUTUA.

Señalar quién tiene la custodia del alumno/a:	<input type="checkbox"/> Indicar si existe algún límite en la patria potestad y quién tiene dicho límite:
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Ambos (Compartida)	

Tipo de Familia/ Situación Especial

FAMILIA NUMEROSA <input type="checkbox"/>	Todas estas circunstancias deberán acreditarse con una copia del documento en vigor
FAMILIA MONOPARENTAL <input type="checkbox"/>	
DISCAPACIDAD ≥ 33% <input type="checkbox"/>	
OTROS <input type="checkbox"/>	
Indique en la casilla si el alumno/a requiere de alguna medicación en horario lectivo <input type="checkbox"/>	

Firma:

Torrellano, a ____ de _____ de 2026

Curs Acadèmic 2026/27**Formulari de Dades
Personals****Per favor, escriga amb lletra llegible i en MAJÚSCULES****DADES del ALUMNE/A**

NIA _____	Col·legi/Institut de procedència _____		
	País/Regió/Ciutat _____		
COGNOMS	_____		
NOM	_____		
Nacionalitat	País de naixement	Ciutat de naixement	
Data naixement / /	NIF/NIE/Pasaport	Número SIP	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Direcció	Carrer _____		Num _____
	Esc _____	Planta _____	Porta _____
	Urbanització _____		
	Codi Postal _____	Localitat _____	Província _____

DADES dels PARES/MARES/TUTORS/AS

DADES DE LA MARE/ TUTORA	DADES DEL PARE/ TUTOR
COGNOMS	COGNOMS
NOM	NOM
NIF/NIE/Passaport	NIF/NIE/Passaport
Telèfon:	Telèfon:
@Correu Electrònic (en MAJÚSCULES)	@Correu Electrònic. (en MAJÚSCULES)
Direcció (En el cas de ser distinta del alumne/a (Separació))	Direcció (En el cas de ser distinta del alumne/a (Separació))

OMPLIR EN EL CAS DE PARES/MARES SEPARATS/DIVORCIATS O NO CONVIVÈNCIA MUTUA

Assenyale qui té la custòdia de l'alumne:	<input type="checkbox"/> Indicar si existeix algun límit a la pàtria potestat i qui té el límit:
<input type="checkbox"/> Mare	<input type="checkbox"/> Pare
<input type="checkbox"/> Pare	<input type="checkbox"/> Mare
<input type="checkbox"/> Tots dos (COMPARTIDA)	

Tipus de Família/Situació especial

FAMÍLIA NOMBROSA <input type="checkbox"/>	Totes aquestes circumstàncies s'han d'acreditar amb una còpia del document en vigor
FAMÍLIA MONOPARENTAL <input type="checkbox"/>	
DISCAPACITAT ≥ 33% <input type="checkbox"/>	
ALTRES <input type="checkbox"/>	

Indiqueu a la casella si l'alumne/a requereix alguna medicació en horari lectiu

Signa:

Torrellano, a ____ de _____ de 2026