

	I.E.S. "NTRA. SRA. DE LA CABEZA" - ANDÚJAR		 
	PROCESO DE ADMISIÓN Y MATRICULACIÓN MD8202.08		
	Hojas de datos informáticos Rev. 4	Fecha: 24-05-21	

2º DE BACHILLERATO ADULTOS SEMIPRESENCIAL CURSO 2.../2...
MODALIDAD (marcar con X): CIENCIAS HUMANIDADES Y C.C. SOCIALES

Datos identificativos del alumno			
Primer apellido:	Segundo apellido:		
Nombre:	Nacionalidad:		
DNI:	Fecha de nacimiento:		
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
País:	Provincia:	Municipio:	
Localidad:	Localidad nacimiento extranjera:		
N.º hermanos:	Lugar que ocupa entre ellos:		
Teléfono del alumno:	Correo electrónico del alumno:		
Domicilio del alumno/a			
Domicilio:	N.º:	Piso:	Letra:
Localidad:	Código Postal:		
Teléfono de contacto: NO	Teléfono para urgencias:	¿Alumno emancipado?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Datos familiares			
<i>Primer tutor/a</i>			
DNI:	Primer apellido:	Segundo apellido:	
Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Teléfono:	Correo electrónico:		
<i>Segundo Tutor/a</i>			
DNI:	Primer apellido:	Segundo apellido:	
Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Teléfono:	Correo electrónico:		
Situación familiar			
Familia monoparental: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Situación de separación/divorcio: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Situación de acogimiento familiar: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Quién tiene la guardia custodia del menor? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro:			
OTROS DATOS DEL ALUMNO.			
• ¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO.		En caso afirmativo, ¿cuál?	
• ¿Sigue algún tratamiento periódico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO.		En caso afirmativo, ¿cuál?	
• ¿Presenta alergia a medicamentos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO.		En caso afirmativo, ¿cuál?	
• ¿Presenta intolerancias alimenticias? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO.		En caso afirmativo, ¿cuál?	

