

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

**CFGM ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA      CURSO 2.../2...  
FOTO**

**CURSO** (marcar con X):  1º     2º

<b>Datos identificativos del alumno</b>	
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:
<b>Domicilio del alumno</b>	
Domicilio:	N.º:    Piso:    Letra:
Localidad:	Código Postal:
Teléfono de contacto:	Teléfono para urgencias:
¿Alumno emancipado?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>Datos familiares</b>	
<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:
<b>Situación familiar</b>	
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:	
<b>Otros datos del alumno</b>	
¿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?	

## DATOS DE MATRÍCULA - APSD

¿Repetidor?:  Sí  No

¿Paga Asociación de Padres?: Sí  No  Otro hermano

Para alumnos de 1º de CFGM: ¿Ingresa por prueba?: Sí  No

Para alumnos de 2º de CFGM: Módulos pendientes de 1º \_\_\_\_\_

Para alumnos procedentes de otros Centros:

- Estudios realizados en el curso anterior: \_\_\_\_\_
- Centro: \_\_\_\_\_

### MÓDULOS DE 1º:

- Características y necesidades de las personas en situación de dependencia.
- Atención y apoyo psicosocial.
- Apoyo domiciliario.
- Atención sanitaria.
- Primeros auxilios.
- Formación y orientación laboral.

### MÓDULOS DE 2º:

- Organización de la atención a personas en situación de dependencia.
- Destrezas sociales.
- Apoyo a la comunicación.
- Atención higiénica.
- Teleasistencia.
- Empresa e iniciativa emprendedora.
- Libre configuración:
- Formación en centros de trabajo.

El/La abajo firmante DA SU CONSENTIMIENTO para la consulta de datos de inserción laboral. En caso contrario, marque la siguiente casilla:

Andújar, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_  
Alumno/a o Padre/Madre (en menores de edad)

Fdo. \_\_\_\_\_