

	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	

CFGS HIGIENE BUCODENTAL

CURSO 2.../2...

FOTO

CURSO (marcar con X): 1º 2º

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	
Domicilio:	N.º: Piso: Letra:
Localidad:	Código Postal:
Teléfono de contacto:	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?	

DATOS DE MATRÍCULA – HIGIENE BUCODENTAL

¿Repetidor?: Sí No

¿Paga Asociación de Padres?: Sí No Otro hermano

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

Para alumnos de 2º de CFGS: Módulos pendientes de 1º _____

Para alumnos procedentes de otros Centros:

- Estudios realizados en el curso anterior: _____
- Centro: _____

MÓDULOS DE 1º:

- Digitalización Aplicada a los Sistemas Productivos GS.
- Estudio de la cavidad oral
- Exploración de la cavidad oral
- Intervención bucodental
- Itinerario Personal para la Empleabilidad I
- Primeros Auxilios
- Sostenibilidad aplicada a los Sectores Productivos
- Fisiopatología general

MÓDULOS DE 2º:

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. _____