
	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	

1º E.S.O.	CURSO 2.../2...	FOTO
Datos identificativos del alumno/a		
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:	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 y custodia del menor? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro:		
Otros datos del alumno/a		
¿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 – 1º E.S.O.

¿Repetidor?: Sí No

¿Paga Asociación de Padres?: Sí No Otro hermano

Para alumnos procedentes de otros Centros:

Estudios realizados en el curso anterior: _____

Centro: _____

Materias del curso	
Comunes	Biología y Geología (3h) Geografía e Historia (3h) Educación Física (3h) Ed. Plástica, Visual y Audiovisual (1h) Lengua Castellana y Literatura (4h) Matemáticas (4h) Música (2h) Primera Lengua Extranjera-Inglés (4h) Francés 2º Idioma (2h)
Optativas <i>Se marcará en las casillas de la izquierda las asignaturas optativas por orden de preferencia de 1 a 3.</i>	<input type="checkbox"/> Computación y Robótica (2h) <input type="checkbox"/> Oratoria y Debate (2h) <input type="checkbox"/> Proy. Interdisciplinar: Taller de Teatro (2h)
Elegir 1 (marcar con una X)	<input type="checkbox"/> Religión Católica (1h) <input type="checkbox"/> Religión Evangélica (1h) <input type="checkbox"/> Atención Educativa (1h)

Andújar, ___ de _____ de 20__

Alumno/a o Padre/Madre (en menores de edad)

Fdo. _____