

MATRÍCULA Y CONFIGURACIÓN ACADÉMICA
en enseñanzas sostenidas con fondos públicos de
2º CICLO ED. INFANTIL Y ED. PRIMARIA



CEIP A. GARCÍA QUINTANA 47006624
PLAZA ESPAÑA 7
47002 VALLADOLID
TFNO: 983300272

Nº de solicitud adjudicada en el proceso de admisión (sólo nuevos alumnos/as)

ALUMNO/A

Identificativos

Apellido 1	Apellido 2	Nombre
DNI / NIE	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento

Nacimiento

País	Provincia	Localidad	Nacionalidad
------	-----------	-----------	--------------

Domicilio

Provincia	Localidad	Código Postal
Dirección		Teléfono fijo del domicilio

Familiares

¿Cuántos hermanos/as son, él/ella incluido? Orden que ocupa entre los hermanos/as:

En caso de ser familia numerosa
Número de título: / / Fecha de caducidad:

Sanitarios

Número de la Seguridad Social, si dispone de él

Entidad de seguro médico Número de tarjeta sanitaria

Contacto

Teléfono móvil del alumno/a Correo-e del alumno/a (diferente del @educa.jcyl.es)

Centro de procedencia

Nombre del centro en que está ACTUALMENTE escolarizado Localidad Provincia

Curso en que está ACTUALMENTE escolarizado
 Segundo ciclo de educación infantil Educación primaria
 1º 2º 3º 1º 2º 3º 4º 5º 6º

PROGENITORES / TUTORES

1º

Padre Madre Tutor legal Institución

Sólo para el primer acceso al centro ▶

Apellido 1	Apellido 2	Nombre
DNI / NIE	Teléfono móvil	
¿Reside con el alumno? (marcar X en caso afirmativo)	Correo-e (diferente del @educa.jcyl.es)	
Titulación	Profesión	Fecha de nacimiento

2º

Padre Madre Tutor legal

Sólo para el primer acceso al centro ▶

Apellido 1	Apellido 2	Nombre
DNI / NIE	Teléfono móvil	
¿Reside con el alumno? (marcar X en caso afirmativo)	Correo-e (diferente del @educa.jcyl.es)	
Titulación	Profesión	Fecha de nacimiento

Otra persona autorizada
(urgencias o recogida)

Parentesco

Apellido 1	Apellido 2	Nombre
DNI / NIE	Teléfono móvil	

NO ESCRIBIR EN ESTA ZONA
ESPACIO PARA EL RESGUARDO

CURSO EN QUE SE MATRICULA Y CONFIGURACIÓN ACADÉMICA

Segundo ciclo de educación infantil

Educación primaria

 1º 2º 3º 1º 2º 3º 4º 5º 6º

AVISOS DE SALUD (Enfermedad, alergias e intolerancias a medicamentos y/o alimentos)

ENFERMEDADES

¿PRECISA MEDICACIÓN?

PRINCIPAL AFECTACIÓN:

SÍNTOMAS:

USA PRÓTESIS/MATERIAL ADAPTACIÓN

ALGÚN TIPO DE ALERGIÁ, INTOLERANCIA O TRASTORNO ALIMENTARIO?

1. Síntomas leves _____
2. Síntomas moderados _____
3. Síntomas graves _____ Precisa adrenalina _____
4. Autorización para poner nombre y alergia en el aula en un sitio visible: SI ___ NO ___

APORTAR INFORME Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA

EL PADRE/MADRE/TUTOR AUTORIZA A DARLE ALIMENTOS DENTRO DEL HORARIO ESCOLAR PROPORCIONADO POR LOS PROFESORES O COMPAÑEROS:

- NO, NUNCA
- SI, SIEMPRE
- SI, SIEMPRE QUE EN CASO DE TENER UNA INTOLERANCIA O ALERGIÁ LA TUTOR/A TENGA A SU DISPOSICIÓN UN ALIMENTO SUSTITUTIVO APORTADO POR LA FAMILIA EN EL CASO DE NO PODER TOMAR EL ALIMENTO COLECTIVO

ENSEÑANZAS DE RELIGIÓN O VALORES SOCIALES Y CÍVICOS

(Sólo en caso de matrícula en Educación Primaria) (leer sólo UNA de las acciones)

Enseñanza de Religión
(indicar cuál, según las ofertas por el centro)

Valores Sociales y Cívicos

SERVICIOS Y PROGRAMAS QUE SOLICITA

La concesión de los servicios y programas solicitados estará condicionada a su oferta efectiva por el centro docente y en todo caso a las normas que regulen sus respectivos procedimientos de adjudicación.

Sección bilingüe (indicar idioma) ▶ Inglés Francés Alemán

Programa British Council Servicio de transporte escolar Servicio de comedor

Programa madrugadores Otro Otro

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y FIRMAS

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y conocen y aceptan su proyecto educativo. Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa con la finalidad de gestionar el proceso de matriculación así como para la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

En _____, a ___ de _____ de 20__.

Progenitor o tutor 1º

Progenitor o tutor 2º

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Denominación del centro ▶

Nombre del alumno/a matriculado ▶

Enseñanza, curso y año académico ▶

Fecha de matrícula ▶

sello del centro
y
firma del gestor