



1. DATOS PERSONALES

Nº de Expediente:

Alumno

1er Apellido: Nº Seguridad Social propio del alumno:

2º Apellido: DNI: Teléfono: F. Numerosa:

Nombre: Correo-e: Sexo:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: Nacionalidad:

Localidad de nacimiento: Provincia de nacimiento:

Tutor 1 (para comunicaciones)

Relación:

Apellidos: DNI:

Nombre: Teléfono: Correo-e:

Dirección:

Localidad: Provincia: Código postal:

Tutor 2

Relación:

Apellidos: DNI:

Nombre: Teléfono: Correo-e:

Transporte Escolar: Seguro Escolar: Asociación de Madres y Padres:

2. DATOS ACADÉMICOS

Repetidor: Centro de procedencia:

Curso:

Grado Básico Ciclo:

Grado Medio Ciclo:

Grado Superior Ciclo:

Curso de Especialización Ciclo:

Solicita convalidación: Módulo/s:

Solicita exención de FCT:

El firmante declara bajo su responsabilidad que acepta lo establecido en la presente convocatoria, que cumple con los requisitos exigidos en la misma y que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad.

Firma tutor 1

Firma tutor 2

Firma del alumno

Fecha:

3. OTROS DATOS

Autorizaciones		(Seleccionar)
A.	Autoriza el uso de las Plataformas Digitales Oficiales del Centro como vehículo de comunicación con el mismo	<input type="checkbox"/>
B.	Autoriza a que el alumn@ salga del Centro Educativo para realizar las actividades Complementarias fuera del Centro y durante la jornada lectiva, que tengan lugar en Ponferrada	<input type="checkbox"/>
C.	Autoriza al tratamiento de la imagen/voz del alumn@, especialmente mediante fotografías o vídeos con la finalidad de difundir las actividades del centro (leer y cumplimentar la hoja adjunta)	<input type="checkbox"/>
Sólo se entenderá que consiente la difusión de imágenes/voz por los medios expresamente marcados a continuación:		
<input type="checkbox"/> Revista del centro <input type="checkbox"/> Web del centro		
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación <input type="checkbox"/> Redes sociales		
D.	En el caso de que faltara algún/a profesor/a de mi hij@ de 1º a 6º hora, las guardias quedan cubiertas en su totalidad por el profesorado del Centro. No obstante es mi deseo que, en el supuesto de que faltara algún/a profesor/a de mi hij@ en la 1ª ó 6ª horas, se le autorice a llegar una hora más tarde o a abandonar el centro una hora antes, respectivamente.	<input type="checkbox"/>
Información médica		
E.	El alumn@ presenta condición médica que el Centro deba conocer (alergias, etc)	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, cuál: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

El firmante declara bajo su responsabilidad que acepta lo establecido en la presente convocatoria, que cumple con los requisitos exigidos en la misma y que todos sus datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad.

Firma tutor 1

Firma tutor 2

Firma del alumno

Fecha:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Consejería de Educación
Finalidad	Matriculación del alumnado
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica: https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación: http://www.educa.jcyl.es