

Datos del Alumno:			
1er Apellido:	2º Apellido:	Nombre:	
DNI/NIE:	Sexo: H___ / M___	N.U.S.S.:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Provincia de nacimiento:	Nacionalidad:
Teléfono del alumno:		Correo electrónico:	
Dirección :		Localidad:	
Código Postal:	Provincia:	Telf. Fijo:	Transporte escolar: SI___ NO___

Datos del padre, madre o tutores (obligatorio para alumnos menores de edad):			
Nombre y apellidos del <u>Padre o Tutor</u> :		Nombre y apellidos de la <u>Madre o tutora</u> :	
DNI:	Teléfono:	DNI:	Teléfono:
Dirección:		Dirección:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
En caso de separación de los padres, indicar quién tiene la patria potestad del alumno: Padre___ / Madre___ / Ambos___			
Envío de notificaciones por teléfono, email o Stilus familias: Padre___ / Madre___ / Ambos___			

Datos Académicos:		
Repite curso: SI___ NO___	Curso anterior:	Centro de procedencia:
Asignaturas pendientes de cursos anteriores:		

Autorizaciones:
Autorización para que el alumno realice actividades complementarias (en el centro) y extraescolares (visitas museos, cine, teatro, exposiciones, activ. culturales y deportivas...) dentro de Zamora capital: SI___ NO___
Autorización para administrar al alumno (en caso de que lo solicite). Paracetamol, Ibuprofeno o Ácido Acetilsalicílico: SI___ NO___
Especificar si el alumno padece alguna enfermedad o alergia que el centro deba conocer:

Asignaturas que deberá cursar:		
<p>Comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lengua Castellana y Literatura Filosofía Educación Física Idioma: Inglés I <p>Modalidad vinculada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matemáticas I 	<p>Modalidad (obligatorias):</p> <ul style="list-style-type: none"> Física y Química Biología, Geología y CC. Ambientales 	<p>Optativa 4 Horas (Elegir UNA):</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Economía ___ Anatomía Aplicada <p>Optativa 2 horas (Elegir UNA):</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Francés I ___ Religión Católica ___ TIC I ___ Cultura Científica

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 Política Educativa Escolar con la finalidad de gestionar el proceso de matriculación de alumnos en centros. El tratamiento de estos datos es necesario para el ejercicio de un poder público. 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

Zamora, a _____ de _____ de 20__

Progenitor 1/Tutor 1, _____ Progenitor 2/Tutor 2, _____ Alumno/a,