

FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Datos del alumno	1º Apellido			País de nacimiento	
	2º Apellido			Nacionalidad	
	Nombre			Localidad de nacimiento	
	Sexo	H ☐	M ☐	Provincia de nacimiento	
	Fecha de nacimiento	/ /		D.N.I. / N.I.E.	
			Número de hermanos		Lugar que ocupa entre ellos

(Foto)

DATOS ACADÉMICOS	Se matricula en: ☐ INFANTIL ☐ PRIMARIA ☐ E.S.O. CURSO:
Bilingüe: ☐ SÍ ☐ NO	Idioma bilingüe: ☐ INGLÉS ☐ FRANCÉS ☐ ALEMÁN ☐ PORTUGUÉS ☐

TUTOR LEGAL 1	TUTOR LEGAL 2
☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro	☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro
1º Apellido	1º Apellido
2º Apellido	2º Apellido
Nombre	Nombre
Nacionalidad	Nacionalidad
D.N.I. / N.I.E.	D.N.I. / N.I.E.
Teléfono	Teléfono
Correo electrónico	Correo electrónico
Nivel de estudios	Nivel de estudios
Profesión	Profesión
Situación laboral	Situación laboral

Domicilio de residencia	Localidad		
Provincia	C. Postal	Teléfono	Correo electrónico

<u>Otro domicilio a efecto de notificaciones</u>			
Nombre y apellidos		Dirección	
Localidad	Provincia	C.P.	

Los datos recogidos en el presente cuestionario pasarán a formar parte de un fichero automatizado destinado al mantenimiento de la información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias. Sobre dichos datos se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según la aplicación de la normativa legal vigente, ante la Dirección del centro.

Otros datos de interés

Entidad de seguro médico		Núm. de asegurado	
Persona de contacto en circunstancias especiales			
SERVICIOS que solicita:	☐ Comedor	☐ Transporte	☐ Madrugadores ☐ Tardes en el cole
Observaciones de interés para una mejor atención del alumno/a.			
EN EL CASO DE QUE EL ALUMNO HAYA ESTADO MATRICULADO PREVIAMENTE EN OTRO CENTRO (TRASLADO)			
Centro de procedencia			
Localidad			
Provincia			
Dirección			

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

(Adjuntar informe que lo acredite)