

## FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

<b>Datos del alumno</b>	1º Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>	País de nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>
(Foto)	2º Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nacionalidad <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	Localidad de nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Sexo    H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Provincia de nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Fecha de nacimiento    D.N.I. / N.I.E. <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		Número de hermanos <input type="text"/> Lugar que ocupa entre ellos <input type="text"/>
<b>DATOS ACADÉMICOS</b>	Se matricula en: <input type="checkbox"/> INFANTIL <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> E.S.O.    CURSO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Bilingüe: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO    Idioma bilingüe <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> FRANCÉS <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS <input type="checkbox"/>		

TUTOR LEGAL 1	TUTOR LEGAL 2
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>
1º Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>	1º Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>
2º Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>	2º Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nacionalidad <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nacionalidad <input style="width: 100%;" type="text"/>
D.N.I. / N.I.E.    Teléfono <input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/>	D.N.I. / N.I.E.    Teléfono <input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/>
Correo electrónico <input style="width: 100%;" type="text"/>	Correo electrónico <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nivel de estudios <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nivel de estudios <input style="width: 100%;" type="text"/>
Profesión <input style="width: 100%;" type="text"/>	Profesión <input style="width: 100%;" type="text"/>
Situación laboral <input style="width: 100%;" type="text"/>	Situación laboral <input style="width: 100%;" type="text"/>

Domicilio de residencia <input style="width: 100%;" type="text"/>	Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/>
Provincia <input style="width: 100%;" type="text"/>	C. Postal    Teléfono    Correo electrónico <input style="width: 100%;" type="text"/>

<b>Otro domicilio a efecto de notificaciones</b>		
Nombre y apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/>	Dirección <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/>	Provincia <input style="width: 100%;" type="text"/>	C.P. <input style="width: 100%;" type="text"/>

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)