

ANEXO II b)

**SOLICITUD DE MATRÍCULA EN BACHILLERATO DE PERSONAS ADULTAS EN LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA**
SOLICITUD DE ADMISIÓN Y MATRÍCULA CURSO 2017 - 2018

DATOS DEL CENTRO

Centro _____ Domicilio del centro _____
Código postal _____ Localidad _____ Provincia _____

DATOS DEL ALUMNO

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____
D.N.I./N.I.E. _____ Letra NIF _____ Domicilio _____
Código Postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
Sexo H M Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
Provincia de nacimiento _____ País _____ ¿Ha estado matriculado en este centro? Sí No

¿Debe abonar seguro escolar por ser menor de 28 años? Sí NO

ENSEÑANZAS PARA LAS QUE SOLICITA

<input type="checkbox"/> SEGUNDO CURSO DE BACHILLERATO Modalidad <input type="checkbox"/> Ciencias y tecnología. <input type="checkbox"/> Humanidades y Ciencias Sociales.		Materias comunes <input type="checkbox"/> Historia de la Filosofía. <input type="checkbox"/> Lengua Castellana y Literatura II. <input type="checkbox"/> Inglés II. <input type="checkbox"/> Historia de España.	
Materias de Modalidad			
Materias Optativas: <input type="checkbox"/> Tecnología de la Información y la Comunicación. Elegir una entre: <input type="checkbox"/> Religión. <input type="checkbox"/> Proyecto de investigación.	Modalidad de Ciencias y Tecnología. <input type="checkbox"/> Biología. <input type="checkbox"/> Química. <input type="checkbox"/> Matemáticas II.	Modalidad de Humanidades y Ciencias Sociales. <input type="checkbox"/> Geografía. <input type="checkbox"/> Economía de la empresa. <input type="checkbox"/> Literatura Universal. Elegir una entre: <input type="checkbox"/> Latín II. <input type="checkbox"/> Matemáticas Aplicadas CCSS II.	
La oferta de materias optativas se realizará en función de la oferta del centro			

SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
La persona abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos consignados en el presente impreso, así como la documentación adjunta y SOLICITA ser matriculada en las enseñanzas a que se refiere el presente impreso.	
Enade..... de 2017	
EL/LA SOLICITANTE	(sello del receptor)
Fdo.	

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la expedición del Título y el análisis estadístico de los resultados. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo por escrito al Director del centro o a la Dirección General de Política Educativa.

**I.E.S. MELENDEZ VALDÉS**

Calle San Ignacio, s/n . 06220- Villafranca de los Barros (Badajoz)
Teléfono 924 028 606 / 07
Web: <http://iesmelendezval.juntaextremadura.net>

**DOCUMENTACIÓN
BACHILLERATO
NOCTURNO****Curso académico 2017 - 2018**

DOCUMENTACIÓN PARA LAS MATRÍCULAS

2º BACHILLERATO NOCTURNO

Todos

- Impreso de matrícula cumplimentado.
- Fotocopia del DNI.
- Una fotografía tamaño carné con los apellidos y el nombre al dorso.
- Resguardo de ingreso de 1'12€ (*Seguro escolar*) en la Caja Extremadura de Villafranca de los Barros (*Calle Pizarro*)

excepto los mayores de 28 años)

Además, si proceden de otro centro.

Certificado de Estudios (excepto los que procedan de los Colegios San José y Ntra. Sra. del Carmen).

Nº de cuenta para el ingreso de la cuota del Seguro escolar: 2048 / 1108 / 41 / 3400009035

Para todos: la cuota de la Asociación de Madres y padres de Alumnos será de 12 € que se ingresarán en su cuenta particular de Caja Extremadura de Villafranca de los Barros (*C/ Pizarro*).

SEGURO ESCOLAR CURSO 2017/18

(Excepto mayores de 28 años)

El/la alumno/a

_____ con

DNI nº _____ ha realizado el ingreso de 1,12 € en concepto de pago del seguro escolar mediante ingreso en la cuenta del IES Meléndez Valdés número 2048-1108-41-3400009035 en la oficina de Liberbank, C/ Pizarro de Villafranca de los Barros (antigua Caja Extremadura)

Firma del alumno/a

Sello de la entidad

Fecha: _____

COPIA PARA EL ALUMNO

SEGURO ESCOLAR CURSO 2017/18

(Excepto mayores de 28 años)

El/la alumno/a

_____ con

DNI nº _____ ha realizado el ingreso de 1,12 € en concepto de pago del seguro escolar mediante ingreso en la cuenta del IES Meléndez Valdés número 2048-1108-41-3400009035 en la oficina de Liberbank, C/ Pizarro de Villafranca de los Barros (antigua Caja Extremadura)

Firma del alumno/a

Sello de la entidad

Fecha: _____

COPIA PARA LA ENTIDAD BANCARIA.



AMPA IES MELÉNDEZ VALDÉS

PRIMER ALUMN@

APELLIDOS_NOMBRE:

CURSO:

SEGUNDO ALUMN@

APELLIDOS_NOMBRE:

CURSO:

APELLIDOS_NOMBRE/MADRE:

APELLIDOS_NOMBRE/PADRE:

DIRECCIÓN:

C.P. _____

LOCALIDAD:

TELÉFONOS: 1º _____ 2º _____

LA CUOTA POR CURSO ES DE 12 EUROS POR FAMILIA QUE SE INGRESAN EN LAS SIGUIENTES ENTIDADES BANCARIAS:

CAJA RURAL DE EXTREMADURA N° DE CUENTA: 3009 0022 10 15734089919

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

D/Dña.: _____, como padre, madre o tutor legal del alumno/a
_____ (1) o como alumno/a (2) del _____ curso de
_____ (indíquese la etapa educativa que corresponda)

De acuerdo con el artículo 18.1 de la Constitución y la regulación establecida en la Ley 1/982 sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

AUTORIZO

A la captación de imágenes del mismo en fotografía o video dentro de las actividades escolares lectivas, extraescolares y complementarias organizadas por el IES "MELÉNDEZ VALDÉS" u otros Centros o instituciones educativas en los que éste participe, y a que éstas puedan ser reproducidas y difundidas con finalidad exclusivamente informativa, docente o divulgativas en:

- Folletos, videos o webs de la Junta de Extremadura, del centro o de otras instituciones públicas.
- Fotografías y videos destinados a la difusión pública de la actividad realizada, a través de diarios, revistas, libros u otras publicaciones, así como en televisiones y webs de carácter informativo, cultural o formativo.

Esta autorización tendrá validez durante la escolarización del alumno/a en este Centro, o hasta la revocación por escrito de la misma, por parte de sus tutores legales.

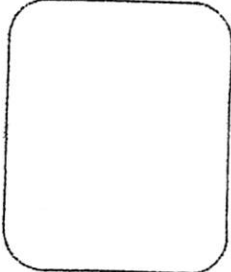
Villafranca de los Barros, a _____ de _____ 20____

Fdo.:

Sr. Director del IES "MELÉNDEZ VALDÉS" de Villafranca de los Barros (Badajoz)

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE URGENCIAS SANITARIAS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE EXTREMADURA

ANEXO I. FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A

Alumno/a:		
Fecha de nacimiento:		
Nombre del centro educativo:		
Curso escolar: 20 / 20		
Tutor/a:		
Referente educativo en salud:		
Enfermero/a referente para el centro educativo:		Centro de Salud:
Nº Coleg:		Tf. de contacto:
Padre/madre/tutor/a legal	Tfno. móvil:	
	Tfno. trabajo:	
Padre/madre/tutor/a legal	Tfno. móvil:	
	Tfno. trabajo:	
Enfermedad actual:		
Alergias conocidas:		
Tratamiento habitual:		
Situación de riesgo leve relacionada con su enfermedad o alergia		
Causa:	Actuación y tratamiento:	
Síntomas:	En este caso avisar a:	
Situación de riesgo grave relacionada con su enfermedad o alergia		
Causa:	Actuación y tratamiento:	
Síntomas:	Avisar a: Urgencias 112 Informar a los padres, madres o tutores legales lo antes posible.	
Recomendaciones en caso de salida del centro, realización de ejercicio físico u otras situaciones		

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE URGENCIAS SANITARIAS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE EXTREMADURA

Observaciones:

Por la presente autorizo al personal del centro educativo: I.E.S Meléndez Valdés de la localidad de Villafranca de los Barros a informar a todo el profesorado, y al resto de personal del centro si fuera necesario, sobre la enfermedad del alumno/a:..... y a consultar los datos recogidos en esta ficha de salud, así como a intercambiar información con los profesionales sanitarios para garantizar un control y tratamiento adecuado en el centro educativo.

Asimismo, autorizo a administrar el tratamiento recogido en esta Ficha de Salud y eximo al personal del centro de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los efectos adversos y/o secundarios inherentes a su administración.

Fecha y firma del padre, madre o tutor legal del alumno/a