

**JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Educación y Empleo

Anexo XXIX**MATRÍCULA EN CICLOS FORMATIVOS DE GRADO SUPERIOR**

(En centros sostenidos con fondos públicos).

1. Datos personales del solicitante				
Apellido 1º		Apellido 2º		Nombre
D.N.I. o equivalente	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Sexo V o M o
Nº Seguridad Social	Persona con discapacidad igual o mayor al 33% o	Nacionalidad		
¿Trabaja actualmente? Sí/No	País donde realizó los estudios previos:			
Teléfonos	Email:	Domicilio: calle/plaza/avenida. nº		
Código postal	Localidad	Provincia		
2. Datos personales del padre/tutor del solicitante				
Apellidos y Nombre				D.N.I.
Teléfono		Email		
3. Datos personales de la madre/tutora del solicitante				
Apellidos y Nombre				D.N.I.
Teléfono		Email		
4. Forma de acceso				
Directo/Titulación académica o	Título de GM o	Curso de acceso o	Prueba o	BUP o
5. Datos de matrícula				
Centro educativo			Localidad	
Denominación del ciclo formativo				Clave del ciclo formativo
Curso: 1º o 2º o	Turno: Mañana o Tarde o		Alumno que no promociona al siguiente curso o	
Módulo/s que repite				
Módulo/s pendientes				

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y expresamente, que reúne todos los requisitos establecidos en la orden de convocatoria y se compromete a aportar los documentos acreditativos a requerimiento de la Administración, y SOLICITA la matriculación en el ciclo formativo referenciado.

No autorizo, de acuerdo con el Artículo 14. de esta orden, a la Administración Educativa a recabar:

o Información sobre la identidad del solicitante del Sistema de Verificación de Datos de Identidad

Información académica de los registros automatizados del sistema de gestión Rayuela

En _____, a ____ de _____ de 2017 Firma del solicitante	Fecha de entrada en el registro y sello del centro.
SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO _____ Denominación del Centro en el que realiza la matrícula.	_____ de _____ de 2017

Se informa al interesado/a que suscriba la presente solicitud que los datos de carácter personal que haga constar en el presente Impreso serán objeto de tratamiento automatizado para la gestión educativa y profesional relacionada con estas enseñanzas por parte de la administración pública de Extremadura, adoptándose las medidas oportunas para asegurar un tratamiento confidencial de los mismos. La cesión de datos de carácter personal se hará en la forma y con las limitaciones y derechos que otorga la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El interesado/a podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y/o oposición contemplados en la citada ley, ante la Secretaría General de Educación (Avda. Valhondo s/n Edificio III Milenio bloque 5, 4ª planta.06800 Mérida).

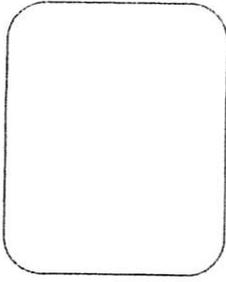
Fondo Social Europeo
"Una manera de hacer Europa"



Unión Europea

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		

SEGURO ESCOLAR CURSO 2017/18

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

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 BANCO



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