

**ANEXO III
ADMISIÓN EN ENSEÑANZAS ADULTOS
SOLICITUD DE ADMISIÓN EN ENSEÑANZAS INICIALES
CURSO 2017/2018**

DATOS DEL CENTRO			
Centro		Aula	
Domicilio del centro		Código postal	
Localidad		Provincia	

DATOS DEL ALUMNO			
Primer apellido		Segundo apellido	
D.N.I./N.I.E.		Letra NIF	Nombre
Código Postal	Teléfono/s	Domicilio	
Localidad	Correo electrónico		
Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Provincia	País
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Provincia de nacimiento	País	¿Ha estado matriculado en este centro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cambia de modalidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Debe abonar seguro escolar por ser menor de 28 años? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			

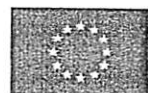
* Sólo para el alumnado matriculado en el Nivel II

ENSEÑANZAS PARA LAS QUE SOLICITA ADMISIÓN.				
<input type="checkbox"/> ENSEÑANZAS INICIALES				
ÁMBITO	NIVEL I		NIVEL II	
	Módulo I	Módulo II	Módulo I	Módulo II
COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA	
<p>NO AUTORIZO, al a Administración educativa a recabar:</p> <p><input type="checkbox"/> la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad y aporta fotocopia compulsada del DNI/NIE.</p> <p><input type="checkbox"/> Información académica de los registros automatizados del sistema de gestión de Rayuela</p> <p>CERTIFICADO DE DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Se adjunta acreditación</p> <p><input type="checkbox"/> No se adjunta acreditación de acuerdo con la Resolución de la Dirección General de Deporte.</p>	<p>APORTO:</p> <p><input type="checkbox"/> Acreditación discapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Acreditación de necesidad inserción laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Documentos acreditativos del reconociendo de la formación reglada</p> <p>Documentos acreditativos de la validación de aprendizajes no formales</p> <p><input type="checkbox"/> Otros. Indicar _____</p>

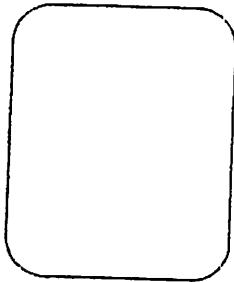
SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
La persona abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como la documentación adjunta y SOLICITA ser admitida en las enseñanzas a que se refiere la presente solicitud.	
En _____, a ____ de _____ de 2017	Fecha de entrada en el registro y sello del centro ____ de _____ de 2017
Firma del solicitante	
Fdo.: _____	
SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO _____ (Denominación del Centro en el que presenta la solicitud de admisión)	

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 y Empleo le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la expedición del Título, certificaciones y el análisis estadístico de los resultados. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la Dirección del centro educativo o ante la Secretaría General de Educación (Avda. Valhondo s/n, Mérida III Milenio 4ª planta, 06800 Mérida).



PROTOKOLO 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

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.

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)



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