

**JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Educación y Empleo

Anexo IX
MATRÍCULA EN CICLOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA
 (Curso 2019/2020 en centros públicos).

1. Datos personales			
Apellido 1º		Apellido 2º	
Nombre			
D.N.I. o equivalente	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nº Seguridad Social	Persona con discapacidad igual o mayor del 33% <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No		País donde realizó los estudios previos:	
Teléfonos		Email:	Domicilio: calle/plaza/avenida. nº
Código postal		Localidad	Provincia
2. Datos personales del padre/tutor de la persona solicitante			
Apellidos y Nombre			D.N.I.
Teléfono		Email	
3. Datos personales de la madre/tutora de la persona solicitante			
Apellidos y Nombre			D.N.I.
Teléfono		Email	
4. Datos académicos del alumno o alumna			
Forma de Acceso : Oferta obligatoria (15 a 17 años en 2019) <input type="checkbox"/> Al menos de 18 años en 2019 <input type="checkbox"/>			
5. Datos de matrícula			
Centro educativo		Localidad	
Denominación del ciclo			Clave del ciclo
Curso:	Turno : Mañana <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	Alumnado que no promociona al siguiente curso <input type="checkbox"/>
Módulos 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.

- Me opongo, a que de acuerdo con el artículo 7, la Consejería de Educación y Empleo recabe la información sobre mi identidad en Sistema de Verificación de Datos de Identidad
- Me opongo, a que de acuerdo con el artículo 7, la Consejería de Educación y Empleo recabe mi información académica del programa Rayuela

En _____, a _____ de _____ de 2019	Fecha de entrada en el registro y sello del centro.
Firma de la persona solicitante	
SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO _____	_____ de _____ de 2019
Denominación del Centro en el que realiza la matrícula	

En cumplimiento de lo dispuesto en la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, la Consejería de Educación y Empleo le informa que los datos personales contenidos en la solicitud serán incluidos en el Registro de Actividades de Tratamiento, titularidad de la Consejería de Educación y Empleo con la finalidad de gestionar la solicitud presentada. Los derechos establecidos en los artículos 12 a 18 de la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se pueden ejercer por el declarante mediante escrito dirigido a la Dirección del centro educativo o ante la Dirección General de Formación Profesional y Universidad (Avda. De Valhondo s/n, Edificio III Milenio, módulo 5- 4ª planta, 06800 Mérida).

SEGURO ESCOLAR CURSO 2019/20

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 2019/20

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

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMÁGENES, VÍDEOS Y AUDIOS.

D/Dña.: _____, como padre, madre o tutor legal del alumno/a _____ o como alumno/a (1) 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 1/1982 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 fijas y grabaciones de vídeos o audio realizadas en el marco de las actividades escolares lectivas, extraescolares y complementarias o programas educativos organizadas por el IES "MELÉNDEZ VALDÉS" u otros Centros o instituciones educativas en los que participe la persona objeto de esta autorización y que las difundan en acciones de comunicación y difusión relacionadas con sus competencias por los medios que estimen adecuados:

- Folletos, vídeos o webs de la Junta de Extremadura, del centro o de otras instituciones públicas.
- Fotografías y vídeos 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.
- Radio educativa, páginas web, medios impresos, redes sociales, presentaciones públicas ...

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.

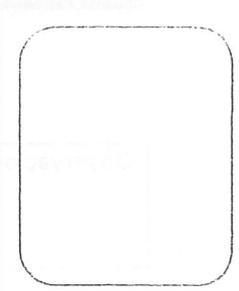
Villafranca de los Barros, a _____ de _____ 20____

Fdo.:

(1) Alumnos mayores de edad.

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

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

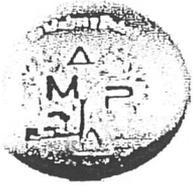
Observaciones:

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.

Confirmo que el alumno/a está al corriente de todas las vacunas recogidas en el calendario de vacunación correspondiente a su edad. Para ello adjunto fotocopia de la cartilla de vacunación.

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



AMPA IES MELÉNDEZ VALDÉS

FORMULARIO DE REGISTRO SOCIO DEL AMPA CURSO 20____ --- 20____

Fecha de inscripción Villafranca de los Barros, día _____ de _____ de 20____

Datos personales del primer Alumn@

Nombre _____ Apellidos _____

Curso que va a realizar _____

Datos personales del segundo Alumn@

Nombre _____ Apellidos _____

Curso que va a realizar _____

Datos personales del tercer Alumn@

Nombre _____ Apellidos _____

Curso que va a realizar _____

Datos personales del cuarto Alumn@

Nombre _____ Apellidos _____

Curso que va a realizar _____

NOMBRE APELLIDOS DE LA MADRE _____

NOMBRE APELLIDOS DEL PADRE _____

DIRECCIÓN _____

POBLACIÓN _____

TELEFONOS -1º _____ 2º _____

CUOTA 12 EUROS

NÚMERO DE CUENTA IBAN ES11 3009 0022 1015 7340 8919