



ANEXO I INSTRUCCIONES

Documentación que debe acompañar:

- **Impreso de matrícula**, completo con letra mayúscula y con la firma del padre, madre o tutor legal
- **D.N.I.:** Fotocopia o, en su defecto, del Libro de Familia
- **Seguro Escolar:** Alumnos de 1º y 2º de F.P.B. y de 3º y 4º de E.S.O., por importe de 1,12€ a abonar en la Secretaría del Centro
- **Anexo II.** Solicitud para cursar la enseñanza de Religión, completo y con la firma del padre, madre o tutor legal
- **Anexo III.** Autorizaciones, completo y con la firma del padre, madre o tutor legal
- **Anexo IV.** Ficha de salud del alumno/a. Sólo para alumnos de nuevo ingreso o que hayan variado sus datos sanitarios desde que se entregó la última vez

La fotografía del alumno en la Plataforma Rayuela debe permanecer actualizada, el sistema permite a los usuarios con perfil de padre, madre o tutor legal realizar esta operación. De no hacerse por parte de la familia, lo hará la administración del centro.

ANEXO II SOLICITUD PARA CURSAR LA ENSEÑANZA DE RELIGIÓN

D./Dña. _____, con DNI N° _____, como padre, madre o tutor legal del alumno/a⁽¹⁾ _____ o como alumno/a⁽²⁾ del ____ curso de Educación Secundaria Obligatoria,

SOLICITA:

- ☐ Que mi hijo/a curse⁽¹⁾ o cursar⁽²⁾, mientras no modifique esta decisión, la enseñanza de Religión
- ☐ Católica
 - ☐ Islámica
 - ☐ Evangélica
- ☐ Que mi hijo no curse⁽¹⁾ o no cursar⁽²⁾ la enseñanza de Religión, optando en este caso por la asignatura de Atención Educativa.

En Madroñera, a ____ de _____ de 2023

Fdo.: _____

⁽¹⁾ En caso de alumnado menor de edad.

⁽²⁾ En caso de alumnado mayor de edad



ANEXO III
DOCUMENTO DE CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN DEL ALUMNO/A
AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y EXTRAESCOLARES EN MADROÑERA
DATOS SANITARIOS DEL ALUMNO/A

D./Dña. _____, con DNI N° _____, como padre, madre o tutor legal del alumno/a _____ del ____ curso de Educación Secundaria Obligatoria o Formación Profesional Básica (táchese lo que no proceda),

Cesión de derechos de imagen del alumno.

1º	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo	Al I.E.S.O. Cerro Pedro Gómez, a publicar su imagen en cualquier soporte, de forma individual o en grupo, como participante de las actividades organizadas por el Centro en cualquiera de sus Departamentos. La autorización que aquí se concede sobre este material tendrá un uso exclusivamente académico y/o cultural, y se realiza al amparo de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.
----	---	---

Autorización para realizar actividades complementarias y extraescolares en Madroñera.

2º	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo	Al alumno a participar en aquellas Actividades Complementarias y Extraescolares, organizadas por el IESO Cerro Pedro Gómez, que hayan sido recogidas en la Programación General Anual del centro o aprobadas por el Consejo Escolar del mismo, y que se realicen en horario lectivo (de 8:30 a 14:30) y dentro de Madroñera.
----	---	--

Datos sanitarios del alumno.

3º	<input type="checkbox"/> Entrego <input type="checkbox"/> No entrego	Anexo IV (Ficha de Salud del Alumno/a). En caso de no entregarlo, declaro que los datos que figuran en la ficha que se entregó en su día no han sufrido variación.
----	---	---

En Madroñera, a ____ de _____ de 2023

Fdo.: _____



ANEXO IV
FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A

D./Dña. _____, con DNI N° _____, como padre, madre o tutor

legal del alumno/a _____ del ____ curso de Educación Secundaria

Obligatoria o Formación Profesional Básica (táchese lo que no proceda),

AUTORIZO: al personal del I.E.S.O. Cerro Pedro Gómez, de Madroñera a informar a todo el profesorado, y al resto de personal del centro si fuese necesario, sobre la/s enfermedad/es del alumno/a que se detallan en esta Ficha de Salud y a consultar los datos recogidos en la misma, 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.

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:	
Observaciones:	

En Madroñera, a ____ de _____ de 2023

Fdo.: _____