

Matrícula 3º Diversificación Curricular

Datos del estudiante

Apellidos		Nombre	
DNI		Sexo	
Domicilio			
Localidad	Provincia	CP	

Datos de los tutores

PRIMER/A TUTOR/A	
Nombre y apellidos	
DNI	
Teléfono	
SEGUNDO/A TUTOR/A	
Nombre y apellidos	
DNI	
Teléfono	
Domicilio <small>(RELLENAR SÓLO EN CASO DE PADRES DIVORCIADOS)</small>	

Datos matrícula

Materias obligatorias

Ámbito Científico y Tecnológico
 Ámbito Lingüístico y Social
 Ámbito Práctico
 Inglés
 Educación Física
 Educación Plástica, Visual y Audiovisual

Materia obligatoria (elegir 1)

- Religión
- Atención Educativa

Materias optativas (elegir 1)

- Portugués
- Energías Renovables y Electrónica
- Cultura Clásica

La impartición de estas asignaturas queda supeditada al número de matrículas y a cuestiones organizativas y administrativas del centro.

En _____, a _____ de _____ de 20__

(FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR)



Autorizaciones

Para la recogida del alumnado

D./D^a. _____ con DNI _____ como responsable legal del estudiante _____ que cursa _____ en el IESO Cella Vinaria de Ceclavín, autoriza a:

Nombre y apellidos	Parentesco	DNI

para que puedan recoger al estudiante bajo mi total responsabilidad. Para que conste, firmo la presente.

En _____, a _____ de _____ de 20__
(FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR)

Para tratamientos de salud

D./D^a. _____ con DNI _____ como responsable legal del estudiante _____ que cursa _____ en el IESO Cella Vinaria de Ceclavín, da su autorización para informar al personal del centro a informar a todo el profesorado y al resto del personal del centro si fuese necesario sobre la enfermedad del alumno y a consultar los datos recogidos en la ficha de salud abajo, así como a intercambiar información los profesionales sanitarios para garantizar un control y tratamiento adecuado en el centro. Asimismo, autorizo a administrar el tratamiento recogido en la ficha y eximo al personal del centro de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los efectos adversos y/o secundarios inherentes a su administración.

En _____, a _____ de _____ de 20__
(FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR)

Enfermedad actual	
Alergias conocidas	
Tratamiento habitual	
Situación de riesgo relacionada con su enfermedad	
Posibles síntomas, actuación y tratamiento	