

Matrícula 4ºESO

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 (RELLENAR SÓLO EN CASO DE PADRES DIVORCIADOS)	

Datos matrícula

Materias comunes: Educación Física, Geografía e Historia, Inglés, Lengua Castellana y Literatura

Materias de opción (elegir un bloque)

Matemáticas A		Matemáticas B		
Bloque A - Tecnología - Formación y Orientación Personal y Profesional	Bloque B - Latín - Economía y Emprendimiento	Bloque C - Biología y Geología - Física y Química	Bloque D - Biología y Geología - Economía y Emprendimiento	Bloque E - Tecnología - Física y Química

Materias comunes (elegir 1)

- ☐ Religión
- ☐ Atención Educativa

Materias de opción (elegir 1)

- ☐ Digitalización
- ☐ Expresión Artística
- ☐ Música
- ☐ Portugués

Materias optativas (elegir 1)

- ☐ Introducción a la Filosofía
- ☐ Unión Europea

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	