

IMPRESO MATRÍCULA CURSO 2019 - 2020

1º CFGM (APSD) 2º CFGM (APSD)

Nºexp.

DATOS PERSONALES

Primer apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Segundo apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>
D.N.I. <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nº Seg. Soc. <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha nacimiento <input style="width: 90%;" type="text"/>
		Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Nº Hermanos <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Domicilio <input style="width: 98%;" type="text"/>		
Localidad <input style="width: 90%;" type="text"/>	Provincia <input style="width: 90%;" type="text"/>	C.P. <input style="width: 90%;" type="text"/>
Nacionalidad <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Lugar de nacimiento: localidad, provincia y país <input style="width: 98%;" type="text"/>		

DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos del padre /tutor <input style="width: 95%;" type="text"/>	Vive con alumno/a	D.N.I. <input style="width: 90%;" type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre y apellidos de la madre/tutora <input style="width: 95%;" type="text"/>	Vive con alumno/a	D.N.I. <input style="width: 90%;" type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico del padre/tutor <input style="width: 95%;" type="text"/>	Correo electrónico de la madre/tutora <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Teléfono fijo <input style="width: 90%;" type="text"/>	Móvil padre <input style="width: 90%;" type="text"/>	Móvil madre <input style="width: 90%;" type="text"/>
Envío correspondencia <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Solo a <input style="width: 100px;" type="text"/>		

DATOS ACADÉMICOS

ElegirUNA	<input type="checkbox"/> 1º CFGM Atención Personas Situación de Dependencia	<input type="checkbox"/> 2º CFGM Atención Personas Situación de Dependencia
Módulos	<input type="checkbox"/> Primeros auxilios <input type="checkbox"/> Atención y apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> Características de las personas en situación de dependencia <input type="checkbox"/> Apoyo domiciliario <input type="checkbox"/> Atención sanitaria <input type="checkbox"/> Formación y orientación labora	<input type="checkbox"/> Destrezas sociales <input type="checkbox"/> Apoyo a la comunicación <input type="checkbox"/> Organización de la atención a personas dependientes <input type="checkbox"/> Atención higiénica <input type="checkbox"/> Empresa e iniciativa emprendedora <input type="checkbox"/> Teleasistencia <input type="checkbox"/> Formación en centros de trabajo <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

LEE ATENTAMENTE LAS INDICACIONES Y LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Autorizo a que los datos básicos de identificación como mi nombre, apellidos, edad, curso, premios, distinciones, imagen... puedan aparecer en:

Si No Publicaciones propias del centro (páginas web, redes sociales, orlas)

O puedan ser cedidos (a entidades externas) durante el tiempo mínimo imprescindible para el uso exclusivo de sus funciones, fines administrativos internos o comunicaciones, como:

Si No Al AMPA del IES Leonardo de Chabacier

Si No Agentes organizadores de viajes de estudios, actividades Erasmus o intercambio de estudiantes

Si No A entidades organizadoras de eventos, empresas o entidades a visitar o que nos visiten

También autorizo al centro para que pueda enviarme informaciones administrativas o relevantes para mi educación mediante:

Si No Cartas y/o correos electrónicos

Si No Contacto telefónico

Si No Aplicación utilizada por el centro "TokAppSchool"

Los datos aquí contenidos van a ser tratados para los fines anteriormente expuestos por el IES Leonardo de Chabacier y su directora.

Contra el uso indebido de los datos el interesado o sus representantes podrán ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE)2016/79.

Quedo enterado de que esta matrícula está condicionada a la comprobación de los datos, de cuya veracidad me hago responsable.

En Calatayud, a ____ de _____ de _____

Firma del interesado/a.

Firmado: representante o alumno/a (mayor de 14 años)