

Matrícula Ordinaria / Matrícula Parcial
Año Académico: 2020/2021

Código: 50009129

Nº EXPTE. _____

DATOS DEL ALUMNO/A

CICLO: _____

| | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| Nombre: | | Apellidos: | |
| D.N.I. nº: | Sexo: | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Lugar de nacimiento: | Provincia nacimiento: | Nación: Nacionalidad: | |
| Domicilio durante el curso: | | | Domicilio distinto al curso anterior: |
| Localidad /código postal: | | Provincia: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Teléfonos de contacto: | | | |
| PERMISO Y PUBLICACIÓN IMÁGENES Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | TRANSPORTE ESCOLAR: _____ LOCALIDAD: _____ | |

DATOS FAMILIARES

| | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Titular/res de la correspondencia: | | Familia Numerosa: | Hermanos en el centro: |
| <input type="checkbox"/> Padre/Tutor | <input type="checkbox"/> Madre/Tutora | <input type="checkbox"/> Alumno/a | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nombre y apellidos del padre/tutor: | | Nº DNI: | |
| Domicilio (Si es distinto): | | Teléfono: | |
| Correo electrónico del padre/tutor: | | | |
| Nombre y apellidos de la madre/tutora: | | Nº DNI: | |
| Domicilio (Si es distinto): | | Teléfono: | |
| Correo electrónico de la madre/tutora: | | | |

DATOS ACADÉMICOS

| | | | |
|--|---|---|--|
| Se matricula por primera vez en este centro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | TIENE MÓDULOS PENDIENTES EN ESTE CICLO: ¿Cuáles? | | |
| Realizó algún ciclo de Grado Medio o Superior, diga cual: Solicita convalidación de módulos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles: | | | |
| ESTUDIOS CURSADOS (Obligatorio aportar justificante) | | | |
| <input type="checkbox"/> Título de BACHILLERATO / COU | <input type="checkbox"/> Título de Técnico Grado Medio | <input type="checkbox"/> Título F.P. II | <input type="checkbox"/> Prueba de Acceso: |
| <input type="checkbox"/> 2º curso cualquier modalidad de Bachillerato Experimental | <input type="checkbox"/> Título Universitario o equivalente | <input type="checkbox"/> Otros: | |
| Realizó algún Ciclo de Grado Medio o Superior, indique cual: _____ | | | |
| Solicita convalidación de módulos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| Solicita la exención de la F.C.T. por su correspondencia con la práctica laboral. Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Solicita correspondencia entre otros módulos profesionales y la práctica laboral. Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

ESPECIALIDAD (Indica con una X en cual te vas a matricular)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administración y Finanzas | <input type="checkbox"/> Mecatrónica Industrial |
| MATRÍCULA DE: <input type="checkbox"/> Primer Curso / <input type="checkbox"/> Segundo Curso / <input type="checkbox"/> Repite / <input type="checkbox"/> FCT | |

Ejea de los Caballeros, de de 2020

FIRMA,

D.G.A.-DPTO. DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
IES "CINCO VILLAS", EJEA DE LOS CABALLEROS**RESGUARDO DE MATRÍCULA**

| | | |
|---|---------------------|--------------------------|
| D.N.I. nº | Apellidos y nombre: | |
| C. F. Grado Superior de _____ Curso: _____ <input type="checkbox"/> Matrícula ORDINARIA / <input type="checkbox"/> Matrícula PARCIAL | | FECHA Y SELLO DEL CENTRO |