

**DATOS DEL ALUMNO/A**

<b>Nombre</b>		<b>Apellidos:</b>	
D.N.I./N.I.E.:	Sexo:	Fecha 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"/>
Email:		Teléfonos:	
<b>PERMISO Y PUBLICACIÓN IMÁGENES</b>		<b>TRANSPORTE ESCOLAR:</b> _____	
AUTORIZO <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO <input type="checkbox"/>		LOCALIDAD: _____	

**DATOS FAMILIARES**

<b>Nombre y apellidos del PADRE/TUTOR:</b>	<b>DNI/NIE del mismo:</b>
<b>Domicilio (Si es distinto):</b>	<b>Teléfonos contacto:</b>
<b>Correo electrónico del padre/tutor:</b>	

<b>Nombre y apellidos de la MADRE/TUTORA:</b>	<b>DNI/NIE de la misma:</b>			
<b>Domicilio (Si es distinto):</b>	<b>Teléfonos contacto:</b>			
<b>Correo electrónico de la madre/tutora:</b>				
<b>Titular/res de la correspondencia</b>		<b>Familia Numerosa:</b>	<b>Hermanos en el centro</b>	
PADRE/TUTOR <input type="checkbox"/>	MADRE/TUTORA <input type="checkbox"/>	ALUMNO/A <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**DATOS ACADÉMICOS**

<b>MATRÍCULA:</b> <input type="checkbox"/> Primer Curso / <input type="checkbox"/> Segundo Curso / <input type="checkbox"/> Repite / <input type="checkbox"/> FCT / <input type="checkbox"/> DUAL	
Se matricula por primera vez en este centro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Centro de procedencia:</b>	
<b>ESTUDIOS CURSADOS</b>	
<input type="checkbox"/> Título de ESO <input type="checkbox"/> Título de Técnico Grado Medio <input type="checkbox"/> PCPI/FP BASICA	
<input type="checkbox"/> 2º de BUP <input type="checkbox"/> Título de FP I <input type="checkbox"/> Prueba de Acceso: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>TIENE MÓDULOS PENDIENTES EN ESTE CICLO:</b>	<b>¿Cuáles?</b>
Solicita <b>CONVALIDACIÓN</b> de módulos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (en caso afirmativo <u>OBLIGATORIO</u> realizar solicitud formal para ello)	
Solicita la <b>EXENCIÓN</b> de la F.C.T.: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (en caso afirmativo <u>OBLIGATORIO</u> realizar solicitud formal para ello)	

Ejea de los Caballeros, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA,