

**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: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Localidad /código postal:		Provincia:		
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>Nombre del centro de procedencia:</b>				
<b>ESTUDIOS CURSADOS</b>				
<input type="checkbox"/> Título de BACHILLERATO / COU	<input type="checkbox"/> Título de Técnico / Técnico Superior	<input type="checkbox"/> Título F.P. II		
<input type="checkbox"/> Título Universitario o equivalente	<input type="checkbox"/> Prueba de Acceso: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____		
<b>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)				

FIRMA,

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

*La firma por un padre/madre/tutor/a implica el compromiso de informar al otro de la presentación de la solicitud salvo imposibilidad material, privación o limitación de patria potestad por sentencia judicial.*