

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL CENTRO

- Sobre matrícula adquirido en conserjería o descargado de la web del Centro.
- Aquellos alumnos que hubieran anexado documentación a la solicitud telemática, deben aportar los documentos originales para su verificación.
- 1 Fotografía ACTUALIZADA, si no se ha entregado ya.
- 1 fotocopia del D.N.I. y en su caso, los beneficiarios de familia numerosa deben aportar fotocopia del carnet
- Resguardo de haber abonado 1,12 euros del SEGURO ESCOLAR, que se ingresarán en la cuenta corriente número:  
ES15 3190 1010 0546 5967 9726,  
(Los mayores de 28 años no tienen que abonar el seguro escolar)
- Número de afiliación a la Seguridad Social. (NUSS)

**PRIMER CURSO**

**“Técnico Superior en acondicionamiento físico”**

CURSO ACADÉMICO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Núm. Expediente \_\_\_\_\_



FONDO SOCIAL EUROPEO

APELLIDOS \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. o Pasaporte \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Domicilio: calle \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Apellidos y nombre del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Apellidos y nombre de la Madre o Tutora \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Repites: \_\_\_\_\_ Centro donde estudiaste el año pasado \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Has estado matriculado/a alguna vez en este Centro:

- SI  
 NO

Clave: AFD31 <b>MODULOS PROFESIONALES</b>	<b>Marcar las que se van a cursar</b>
0017. Habilidades sociales	
1136. Valoración de la condición física e intervención en accidentes.	
1148. Fitness en sala de entrenamiento polivalente	
1149. Actividades básicas de acondicionamiento físico con soporte musical.	
1151. Acondicionamiento físico en el agua	
CLM0044. Inglés técnico para los ciclos formativos de grados superior de la familia profesional de Actividades Físicas y Deportivas.	

El abajo firmante, solicita matrícula en las asignaturas arriba marcadas.

Cuenca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma:

El solicitante ha quedado matriculado, habiendo abonado la cantidad de \_\_\_\_\_ euros correspondientes al Seguro Escolar.

EL FUNCIONARIO/A

## PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	Viceconsejería de Educación
<b>Finalidad</b>	Gestión administrativa y educativa del alumnado de centros docentes de Castilla-La Mancha, así como el uso de los recursos educativos digitales por parte de la comunidad educativa.
<b>Legitimación</b>	6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos; 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos de Reglamento General de Protección de Datos. Datos de categoría especial: 9.2.g) el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial del Reglamento General de Protección de Datos. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación / Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha
<b>Origen de los datos</b>	El propio interesado o su representante legal, administraciones públicas
<b>Categoría de los datos</b>	Datos de carácter identificativo: NIF/DNI, nombre y apellidos, dirección, teléfono, firma, firma electrónica, correo electrónico; imagen/voz. Datos especialmente protegidos: Salud. Datos de infracciones administrativas. Otros datos tipificados: Características personales; académicos y profesionales; detalles del empleo económicos, financieros y de seguros.
<b>Destinatarios</b>	Existe cesión de datos
<b>Derechos</b>	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Disponible en la dirección electrónica: <a href="https://rat.castillalamancha.es/info/0372">https://rat.castillalamancha.es/info/0372</a>

## ANEXO I Notificación de enfermedad crónica

D. / D.<sup>a</sup> .....  
con DNI /NIE.....  
y domicilio en .....  
y número de teléfono: 1..... 2..... 3.....  
como madre, padre o tutor/a legal del alumno/a.....  
matriculado en el curso.....

### INFORMA

Que su hijo/a....., nacido el ..... de..... de....., padece la siguiente enfermedad crónica..... ,

### JUSTIFICA

Por medio del informe oficial de salud adjunto, la necesidad del cuidado o atención a la enfermedad de su hijo o hija

### Y AUTORIZA

A que el centro educativo que escolariza a su hijo/a se coordine con centro de salud al que el centro educativo se encuentra vinculado.

En ..... ,a ..... de ..... de 20 .....

LA MADRE, PADRE, O TUTOR/A LEGAL

Fdo.:

SRA. DIRECTORA O SR. DIRECTOR DEL \_\_\_\_\_

**HOJA DE DATOS PARA CASOS DE INDISPOSICIÓN O EMERGENCIA**

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA:

1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º BACH	2º BACH	CICLO FORMATIVO (Indicar nombre del ciclo)

Datos del Alumno:

APELLIDOS: _____
NOMBRE: _____

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Teléfonos en caso de no poder contactar con los anteriores: trabajo, otro familiar, etc.

Persona de contacto	Teléfono

El Centro no dispone de personal médico cualificado y por tanto nos abstendremos de realizar sobre los alumnos ninguna acción sanitaria más allá de la desinfección de rasguños y similares, comunicándoles cualquier incidencia, pero si consideraran oportuno aportarnos alguna información sobre aspectos a tener en cuenta a la hora de comunicar con los servicios médicos de urgencia, rogamos nos lo hagan saber en las líneas que siguen:

---

---

---

---

---

---

---