

## DOCUMENTACIÓN PARA LA MATRÍCULA CICLOS FORMATIVOS

- Impresos de matrícula adquiridos en conserjería o descargados de la web.
- 1 Fotografía. (Sólo los alumnos de 1er. curso)
- 1 fotocopia del D.N.I.
- 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**, de Globalcaja (urbana nº 5, junto a rotonda del Bricorama).
- **Los mayores de 28 años no abonarán el seguro escolar**
- Titulación que da acceso al ciclo formativo, y **especialmente** los que accedan por prueba de acceso



INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA “SANTIAGO GRISOLÍA” DE CUENCA

SEGUNDO CURSO

TÉCNICO/A EN “ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”

CURSO ACADÉMICO \_\_\_\_/\_\_\_\_



FONDO SOCIAL EUROPEO

Núm. Expediente \_\_\_\_\_

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

SSC21	MODULOS PROFESIONALES	Marcar las que se van a cursar
	Destrezas sociales	
	Apoyo a la comunicación	
	Atención sanitaria	
	Teleasistencia	
	Empresa e iniciativa emprendedora	
	Formación en Centros de Trabajo	

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.

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

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA: (marcar con una X)

1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º BAC	2º BAC	EDUCACIÓN. INFANTIL	ATENCIÓN SOCIOSANITARIA	AFD	CAFM	PCPI

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	Teléfonos

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 consideran oportuno aportarnos alguna información sobre aspectos a tener en cuenta a la hora de comunicar con los servicios médicos de urgencia, rogamos mos lo hagan saber en las líneas que siguen:

---

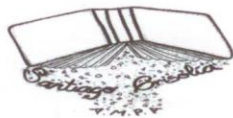
---

---

---

---

---



D./D<sup>a</sup>....., con D.N.I .....  
domiciliado en la calle/plaza.....  
Nº....., piso----- de la localidad de....., con números de  
teléfono .....y dirección de  
correo electrónico:.....

MANIFIESTA: Su deseo de afiliarse a la Asociación de Padres y Madres del Instituto Santiago  
Grisolía con los derechos y deberes recogidos en los Estatutos por los que esta Asociación  
se rige.

DATOS DE LOS ALUMNOS/AS DE LOS QUE ES PADRE/MADRE O TUTOR/A

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	Curso

Cuenca, a .....de..... de 201.....

Firma.:

.....  
D/D<sup>a</sup>..... ha abonado la cantidad de DOCE  
EUROS (12,00E) en concepto de su ingreso como socio/a del IES "Santiago Grisolia" de  
Cuenca.



Cuenca, a ..... de ..... De 201.....

El Tesorero.

**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 \_\_\_\_\_

---