

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



FONDO SOCIAL EUROPEO

**CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO
“CONDUCCIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICO DEPORTIVAS EN EL MEDIO
NATURAL”**

CURSO ACADÉMICO _____ / _____

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

AFD21	MODULOS PROFESIONALES	Marcar las que se van a cursar
	Desplazamiento, estancia y seguridad en el medio terrestre.	
	Conducción de grupos en bicicletas.	
	Conducción de grupos a caballo y cuidados equinos básicos.	
	Administración, gestión y comercialización en la pequeña empresa.	
	Fundamentos biológicos, salud y primeros auxilios.	
	Actividades físicas para personas con discapacidades.	
	Dinámica de grupos.	
	Formación y Orientación Laboral	
	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.

EL FUNCIONARIO/A

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: _____

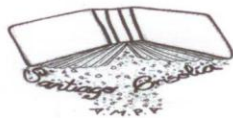
Teléfono de casa: _____

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^a....., con D.N.I
domiciliado en la calle/plaza.....
Nº....., piso----- de la localidad de....., con números de
teléfonoy dirección de
correo electrónico:.....

MANIFIESTA: Su deseo de afiliarse a la Asociación de Padres y Madres del Instituto Santiago Grisolia 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, ade..... de 201.....

Firma.:

.....
D/D^a..... 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.^a
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 _____
