

SOLICITUD DE MATRÍCULA - CICLOS FORMATIVOS-GRADO MEDIO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA



Datos del alumno

1er. Apellido

Documento Iden

2º Apellido

Seg. Social

Nombre

E-Mail Alumno

Hombre Mujer

Hermanos

Domicilio al que se enviará la correspondencia

Tipo

F. Nacimiento

Número total

Destinatario

Localidad Nac.

Orden

Dirección

País Nac.

Localidad

Nacionalidad

C.P.

Tlf.

Móvil alumno

Familia Numerosa

En caso de ser menor de edad, Datos Padre/Madre/Tutor legal que vaya a recibir la información académica del alumno:

Apellidos

Nombre

DNI

F. Nacimiento

Teléfono

E-Mail

Datos Académicos

CURSO 1º

REPITE 1º CURSO

CURSO 2º

REPITE 2º CURSO

Nº Pendientes Primer Curso (Indica cuales):

Nº Pendientes de Primer y/o o Segundo Curso (Indica cuales):

Módulos con los que repite :

Proviene del Centro (solo para antiguos alumnos del ciclo):
CURSO 2017

Firma del alumno (padre / madre/tutor legal en caso de que el alumno sea menor)

Declaro conocer y aceptar el Proyecto Educativo del Centro y, en especial, el Reglamento de Régimen Interior. Soy informado de que los datos suministrados en este formulario se incorporarán a una base de datos informatizada, y que las Administraciones Públicas podrán acceder a ellos en el uso de sus competencias y de que puedo ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación ante la Dirección del Instituto, conforme a la Ley 15/1999.

Valladolid, a de de 2017