

CURSO

**SOLICITUD DE MATRÍCULA - CICLOS FORMATIVOS-GRADO SUPERIOR-  
HIGIENE BUCODENTAL**

Hombre  
 Mujer

**Datos del alumno**

1er. Apellido

2º Apellido

Nombre

DNI /NIE

Nº Seg. Social

E-Mail Alumno

Foto

**Domicilio al que se enviará la correspondencia**

Destinatario

Dirección

Localidad

C.P.  Tlf.  Tlf. 2

Fecha Nacimiento

Localidad Nac.

País Nac.

Nacionalidad

Nº Familia Numerosa

Válido hasta

**Hermanos (Incluido el alumno)**

Número total

Orden

**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

Pendientes Primer Curso (Indica cuales):

**Módulos de los que se matricula :**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proviene del Centro (solo para alumnos que hayan cursado el mismo ciclo en otro centro)

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 .....