

## FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

(Foto)	1º Apellido	País de nacimiento	
	2º Apellido	Nacionalidad	
	Nombre	Localidad de nacimiento	
	Sexo    H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Provincia de nacimiento	
	Fecha de nacimiento	D.N.I. / N.I.E.	
		Número de hermanos <input type="checkbox"/>	Lugar que ocupa entre ellos <input type="checkbox"/>
<b>DATOS ACADÉMICOS</b> Se matricula en: <input type="checkbox"/> INFANTIL <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> E.S.O.    CURSO: <input style="width: 50px;" type="text"/>			
Bilingüe: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO    Idioma bilingüe <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> FRANCÉS <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS <input type="checkbox"/>			

TUTOR LEGAL 1	TUTOR LEGAL 2
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>
1º Apellido	1º Apellido
2º Apellido	2º Apellido
Nombre	Nombre
Nacionalidad	Nacionalidad
D.N.I. / N.I.E.	D.N.I. / N.I.E.
Teléfono	Teléfono
Correo electrónico	Correo electrónico
Nivel de estudios	Nivel de estudios
Profesión	Profesión
Situación laboral	Situación laboral

Domicilio de residencia	Localidad
Provincia	C. Postal
Teléfono	Correo electrónico

<b>Otro domicilio a efecto de notificaciones</b>			
Nombre y apellidos	Dirección		
Localidad	Provincia	C.P.	

Los datos recogidos en el presente cuestionario pasarán a formar parte de un fichero automatizado destinado al mantenimiento de la información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias. Sobre dichos datos se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según la aplicación de la normativa legal vigente, ante la Dirección del centro.

**Otros datos de interés**

Entidad de seguro médico  Núm. de asegurado

Persona de contacto en circunstancias especiales

SERVICIOS que solicita:  Comedor  Transporte  Madrugadores  Tardes en el cole

Observaciones de interés para una mejor atención del alumno/a.

---

---

---

EN EL CASO DE QUE EL ALUMNO HAYA ESTADO MATRICULADO PREVIAMENTE EN OTRO CENTRO (TRASLADO)

Centro de procedencia

Localidad

Provincia

Dirección

**AVISOS DE SALUD (Enfermedad, alergias e intolerancias a medicamentos y/o alimentos)**

---

---

---

---

---

(Adjuntar informe que lo acredite)