



MATRÍCULA 2º ESO Curso 2021/2022

1	DATOS ALUMNO/A		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN POSTAL		CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DOMICILIO

2	DATOS PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 1 (Táchese lo que no proceda)		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DNI/NIE	CORREO ELECTRÓNICO	TFNO. CONTACTO	

3	DATOS PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL 2 (Táchese lo que no proceda)		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DNI/NIE	CORREO ELECTRÓNICO	TFNO. CONTACTO	

4	DATOS MATRÍCULA	
<input type="checkbox"/> ENSEÑANZAS DE RELIGIÓN <input type="checkbox"/> CATÓLICA <input type="checkbox"/> EVANGÉLICA <input type="checkbox"/> ISLÁMICA <input type="checkbox"/> JUDÍA <input type="checkbox"/> VALORES ÉTICOS ELEGIR SOLO UNA	OPTATIVAS. (Numerar por orden de preferencia. Solo se cursará 1): <input type="checkbox"/> CAMBIOS SOCIALES Y DE GÉNERO <input type="checkbox"/> CULTURA CLÁSICA <input type="checkbox"/> INICIACIÓN A LA ACTIVIDAD EMPRENDEDORA Y EMPRESARIAL <input type="checkbox"/> ORATORIA Y DEBATE <input type="checkbox"/> COMPUTACIÓN Y ROBÓTICA <input type="checkbox"/> SEGUNDA LENGUA EXTRANJERA (FRANCÉS) PROGRAMA DE MEJORA DEL APRENDIZAJE Y DEL RENDIMIENTO (PMAR): SI <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">El alumno podrá ver modificada su elección debido a la demanda que haya de cada materia.</div>

5	AUTORIZACIÓN PARA RECOGIDA DEL ALUMNADO
En caso de no poder acudir al centro para recoger a mi hijo/a, autorizo a las siguientes personas:	
D./Dña. _____, con D.N.I. _____, parentesco _____, teléfono _____	
D./Dña. _____, con D.N.I. _____, parentesco _____, teléfono _____	
Cualquier modificación en las personas autorizadas deberá ser notificada por escrito a la Dirección del Centro. Las personas autorizadas deberán mostrar su DNI en el momento de recoger al alumno/a.	

6 | **INFORMACIÓN ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Desde la Dirección General de Participación y Equidad de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, se solicita a nuestro centro una relación del alumnado que padece algún tipo de enfermedad crónica.

Por esta razón, les rogamos que, si su hijo o hija se encuentra en alguno de los supuestos que se indican a continuación, marque la casilla correspondiente y cumplimente los datos que aparecen a continuación.

Gracias por su colaboración.

Especificar

- Alergia alimentaria y/o al látex
- Asma
- Cardiopatías
- Diabetes
- Epilepsia
- Otros

7 | **FECHA Y FIRMA**

En Jaén, ade JULIO de 2021
PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo:
(padre/madre/tutor legal)

D.N.I. _____