

## FICHA DE MATRICULACIÓN DE ALUMNOS/AS EN EL CENTRO

**DATOS NUMÉRICOS DE MATRICULACIÓN** (a rellenar por el Colegio, no lo hagan Uds.)

<input type="checkbox"/> INFANTIL	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	Curso y grupo:	Expediente nº:
Nº identificación escolar (NIE):		Fecha de alta:	

### DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A: (Por favor, rellenen todo con letras mayúsculas)

<input type="checkbox"/> N.I.F. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia:			
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Nombre:		Fecha nacimiento:	
Lugar nacimiento:		Provincia:	
País:		Nacionalidad:	
Domicilio:			
Localidad:			Código Postal:
Teléfono:		Preguntar por:	
Otro Teléfono para urgencias:		Preguntar por:	
El alumno habla el idioma castellano: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (marcar con una X la opción adecuada)			

### DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO/A:

Nombre y Apellidos del Padre:			
<input type="checkbox"/> N.I.F. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia:			
Profesión:		Nacionalidad:	
Teléfono personal:		Estudios:	
Nombre y Apellidos de la Madre:			
<input type="checkbox"/> N.I.F. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia:			
Profesión:		Nacionalidad:	
Teléfono personal:		Estudios:	
<b>Correo electrónico:</b>			
Número de hermanos (incluido el alumno/a):		Lugar que ocupa el alumno/a:	



Castilla-La Mancha



<b>Entidad Sanitaria o Seguro Médico:</b>			
<b>Nº de tarjeta Sanitaria:</b>		<b>Grupo Sanguíneo:</b>	
<b>Alergias o datos médicos de interés para el Centro:</b>			
<b>¿Presenta algún tipo de discapacidad?</b> <i>(debe justificarse documentalmente):</i>			
<b>Número de miembros de la unidad familiar</b> <i>(personas que convivan en el mismo domicilio):</i>			
<b>Domicilio laboral:</b> <i>(acreditado concertación de la Empresa)</i>		<input type="checkbox"/> <b>Del padre</b>	<input type="checkbox"/> <b>De la madre</b>
<b>El alumno/a utilizará los servicios de:</b> <i>(Marcar con una X)</i>		<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Transporte

**Hermanos que cursan sus estudios en el Colegio Público “San José de Calasanz”:**

Nombre	Curso	Nombre	Curso

Procedencia de otro Centro (presentar mediante documentación acreditativa)

<b>Nombre del centro:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Localidad:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Último curso realizado en ese centro:</b>	<b>Teléfono:</b>

Los Yébenes a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

*(nombre de la persona que firma)*

*(nombre de la persona que firma)*