

FORMALIZACIÓN DE MATRÍCULA CURSO 2016-2017

A fin de **formaliza-la matrícula para o curso 2016-2017** pregámoslles cubran o seguinte impreso completo, entregándoo na secretaría do Centro.

Foto

CURSO PARA O QUE SOLICITA PRAZA _____

Centro no que estivo anteriormente	
Curso último matriculado	

DATOS PERSOAIS DO ALUMNO

1º Apelido			
2º Apelido			
Nome		D.N.I.	
Email		Teléfono Móbil	
Data de Nacemento	/ /	Provincia	
Pais		Concello	
Nacionalidade		Localidade	

DATOS FAMILIARES

PAI	1º Apelido		Teléfono Móbil	
	2º Apelido		Teléfono Traballo	
	Nome		D.N.I.	
	Estudios		Profesión	
	Data de Nacemento	/ /	Email	
NAI	1º Apelido		Teléfono Móbil	
	2º Apelido		Teléfono Traballo	
	Nome		D.N.I.	
	Estudios		Profesión	
	Data de Nacemento	/ /	Email	

ENDEREZO FAMILIAR

Rúa / Praza / Avda.		Número		Piso		Porta	
Provincia		Localidade					
Concello		Lugar					
C.P.		Teléfono					

Risque a opción correcta

TITOR LEGAL

	Pais ☐	Nai ☐	Pai ☐	Outro ☐
Situación Civil dos Pais	Casados ☐	Separados ☐	Viuvos ☐	
Número de irmáns (incluído alumno)		Lugar que ocupa entre eles		
Outras persoas que viven na casa				
Responsable en caso de ausencia do Titor Legal		Teléfono Móbil		
		Teléfono Traballo		



CONTINUÁ

ASPECTOS SANITARIOS

Cumpre Calendario de Vacinas	☐ Si	☐ Non
Enfermedades Crónicas		
Uso de Lentes correctoras da Visión	☐ Si	☐ Non
Dificultades de Audición	☐ Si	☐ Non
Alerxias		
Discapacidades física psíquicas ou sensoriais		
Outros datos de saúde relevantes para o centro		

SERVIZOS COMPLEMENTARIOS

Acollida Matinal	☐ Non	☐ Si	Días	☐ Luns	☐ Martes	☐ Mércores	☐ Xoves	☐ Venres
------------------	------------------------------	-----------------------------	------	-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Comedor	☐ Non	☐ Si	Días	☐ Luns	☐ Martes	☐ Mércores	☐ Xoves	☐ Venres
---------	------------------------------	-----------------------------	------	-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

DOMICILIACIÓN DE PAGOS

Titular da Conta																				
Nº de Conta (24 díxitos)	E	S																		

OBSERVACIÓNS

--

A non entrega desta ficha no prazo indicado entenderase coma **renuncia** ó posto escolar.

Ourense, a _____ de _____ de 2015

Firma do Pai / Titor

Firma da Nai / Titora

Autorizo a captación, reprodución e publicación de imaxes do meu fillo/a durante a súa participación ou presenza nas actividades e eventos organizados polo Colexio, a Institución e, en xeral, polo "entorno" do Divino Maestro, sexa cal sexa o medio utilizado para a captación ou reprodución da imaxe.

Os datos persoais, incluídos os de carácter reservado serán facilitados á Consellería de Educación, cando a mesma o requira de conformidade co disposto na D.A 23ª da Lei Orgánica 2/2006, de 3 de maio, de Educación.

Os que subscriben a presente coñecen e consenten que os seus datos, a efectos do previsto na Lei Orgánica 15/99 de 13 de Decembro, Lei de Protección de Datos de Carácter Persoal (L.O.P.D.) serán incluídos nun ficheiro titularidade de "CPR Divino Maestro", N.I.F. R-3200054-I, co único fin de poder prestarlle o servizo para o cal foron recollidos e que poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación e cancelación por correo electrónico na seguinte dirección cpr.divino.maestro.ourense@edu.xunta.es ou por correo ordinario dirixindo unha carta á atención do Responsable de Seguridade.

De non facer manifestación en sentido contrario, os que subscriben a presente, consenten que os datos relativos a nomes, apelidos, domicilios, teléfonos e correos electrónicos, se faciliten ás asociacións vinculadas a este centro (Alumnos, Antigos Alumnos ou ANPAS) para a organización e remisión de información das súas actividades a toda a comunidade educativa.