

ENSEÑANZA:

**Datos personales alumno/a**

Número de registro:			
C.I.A.L. :			
NIF/NIE:			
NOMBRE:			
PRIMER APELLIDO:			
SEGUNDO APELLIDO:			
FECHA DE NACIMIENTO:			SEXO:(H/M) <input type="text"/>

**OTROS DATOS:**

PAIS:		NACIONALIDAD:	
PROVINCIA:		ISLA:	
MUNICIPIO:			
LOCALIDAD:			

**RESPONSABLES (DATOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR SI ALUMNO/A ES MENOR DE EDAD):**

RESPONSABILIDAD (Padre/Madre/Tutor/a)	Nombre	Apellidos	Teléfono:	Tíf. Móvil	NIF/NIE	Pasaporte
1)						
EMAIL:						
PROFESIÓN:						
PATRIA POSTESTAD:		DIFUNTO/A:				
2)						
EMAIL:						
PROFESIÓN:						
PATRIA POSTESTAD:		DIFUNTO/A:				

**DIRECCIÓN:**

Tipo de vía:		Nombre:				
Número:	Bloque:	Portal:	Letra:	Escalera:	Piso:	Puerta:
Comunidad:		Provincia:				
Isla:		Municipio:				
Código postal:		Localidad:				

**OTROS DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA MATRÍCULA:**

Turno:		Grupo de clase:	
Nº LISTA:		Fecha de matrícula:	
Repite curso:		Traslado de matrícula viva:	
Centro de procedencia:			
Nº. Tarjeta Seguridad Social :			
EMAIL-Correo electrónico :			

**DATOS MÉDICOS:**

TIPO DE DISCAPACIDAD:	SI	NO	PORCENTAJE:	
OTROS DATOS MÉDICOS DE INTERÉS:				

**DATOS DE MATRÍCULA (1)Cumplimentar con mayor detalle, cuando proceda, en el impreso del interior del SOBRE**

(Marcar con una X)	X	Curso-Nivel-Ciclo	Modalidad Bachillerato Nombre de Ciclo Formativo/Perfil de Formación Profesional Básica/Especialidad deportiva
EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA :			
BACHILLERATO :			
CICLO FORMATIVO DE FORMACIÓN BÁSICA			
CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO :			
CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR :			
ENSEÑANZAS DEPORTIVAS (NIVEL 1-CICLO INICIAL) O NIVEL II O CICLO FINAL			

Paga Seguro escolar :  Solicita Transporte :   
(Marcar con una X) (Marcar con una X)

NIVEL DE PROCEDENCIA  CENTRO DE PROCEDENCIA :

Las Palmas de G.C. a de de 20\_\_.  
Firma del alumno/a Firma del padre/madre/o tutor/a. ( si el/la alumno/a menor de edad)