



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación y Ciencia

IMPRESO DE MATRÍCULA EN CENTROS EDUCATIVOS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS E. INFANTIL Y E. PRIMARIA CURSO 2022/2023

Fecha y lugar de presentación de la solicitud. Sello del Centro

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA. Form fields for Name, DNI, School ID, Birth Date, Municipality, Province, Family Status, etc.

DATOS DEL PADRE Y DE LA MADRE O DE LOS TUTORES. Form fields for Tutor 1 and Tutor 2, including Name, DNI, Nationality, and Contact Info.

DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR. Form fields for Address, Municipality, Province, Postal Code, Phone, etc.

IMPORTANTE: Si los datos anteriores contienen errores, solicite la hoja de modificación de datos personales para corregirlos.

DATOS ACADÉMICOS DEL CURSO ANTERIOR: (solamente para cambio de Centro). Form for previous course enrollment details.

D./Dña. _____ o D./Dña _____

como padre, madre o tutor/a legal del alumno, mediante este impreso, formaliza su matrícula en el centro en el curso 2022/2023, para cursar las enseñanzas

E. Infantil

Table for E. Infantil with columns for 1º (3 años), 2º (4 años), and 3º (5 años) with checkboxes.

E. Primaria

Table for E. Primaria with columns for 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, and 6º with checkboxes.

Nota: En el caso de que el alumno vaya a cursar la asignatura de Religión, deberá cumplimentar y presentar el correspondiente impreso de solicitud que será facilitado en la Secretaría.

Igualmente, solicita que el alumno o alumna pueda disfrutar de los servicios de: TRANSPORTE

En _____, a _____ de _____, de _____ Firma

De conformidad con las disposiciones de la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD), la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha le informa que los datos recogidos serán objeto de tratamiento automatizado y pasarán a formar parte del fichero "delphos-alumnos", inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos.

SR./SRA. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE CEIP VILLA DE MATERNO



Castilla-La Mancha

DATOS PERSONALES			
NOMBRE		CURSO	
APELLIDOS			
LUGAR DE NACIMIENTO		PROVINCIA	
FECHA	PAÍS	NACIONALIDAD	
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD/PROVINCIA			

TUTORES			
NOMBRE/TUTOR 1			
DNI		PROFESIÓN	
NOMBRE/TUTOR 2			
DNI		PROFESIÓN	
TELÉFONOS			

DATOS MÉDICOS	
ALERGIAS	
ENFERMEDADES	

CUSTODIA (rellenar solo aquellas familias que estén en trámite de separación)			
CUSTODIA PADRE <input type="checkbox"/>	CUSTODIA MADRE <input type="checkbox"/>	CUSTODIA COMPARTIDA <input type="checkbox"/>	
DUPLICADO DE NOTAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES			

DATOS ESCOLARES			
COMEDOR ESCOLAR <input type="checkbox"/>	AULA MATINAL <input type="checkbox"/>	RELIGIÓN <input type="checkbox"/>	VALORES <input type="checkbox"/>
AUTORIZACIÓN SI <input type="checkbox"/>	AUTORIZACIÓN SI <input type="checkbox"/>	AUTORIZACIÓN SI <input type="checkbox"/>	
FOTOS/VIDEOS NO <input type="checkbox"/>	PARA SALIR SOLO NO <input type="checkbox"/>	SALIDAS LOCALES NO <input type="checkbox"/>	

AYUDAS Y BECAS			
COMEDOR ESCOLAR	TOTAL <input type="checkbox"/>	MATERIALES CURRICULARES	TOTAL <input type="checkbox"/>
	PARCIAL <input type="checkbox"/>		PARCIAL <input type="checkbox"/>



Castilla-La Mancha



ENTREVISTA INICIAL 3 AÑOS

Nombre y apellidos del niño o de la niña: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Domicilio: _____

Teléfonos de contacto: _____

Madre o tutor/a: _____ Edad: ____ Profesión: _____

Padre o tutor/a : _____ Edad: _____ Profesión: _____

Herman@s

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Evolución de la niña o del niño

Embarazo normal: SI/NO Causas: _____

Tipo de parto: _____

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? _____

¿A qué edad comenzó a controlar el pis? _____

¿Se moja en la actualidad durante el día? _____

¿Moja la cama? _____

Enfermedades importantes _____

Estudios médicos o psicológicos

¿Duerme sol@? _____ ¿Duerme de un tirón? _____

¿Se despierta por las noches? _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Necesita alguien que le acompañe para dormir? _____

¿Necesita algún objeto para dormir? Mantita, peluche... _____

Horas que duerme: _____



Castilla-La Mancha



Su conducta es...

CAPRICHOS@	NERVIOS@	RABIETAS	CONFIADO
TRANQUIL@	MOVID@	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
CON TENDENCIA A DECIR PALABROTAS	CON TENDENCIA A MENTIR	SUELE PEGAR	GENEROS@
ORDENAD@	OBEDIENTE	DESOBEDIENTE	DESCONFIAD@

Necesita estar con un adulto: _____ Juega sol@: _____

¿Cuáles son sus juegos preferidos?

¿Con quién suele jugar?

¿Colabora con alguna tarea doméstica?

¿Colabora en su propio vestido y aseo?

¿Plantea algún problema con la comida?

¿Ha asistido anteriormente a escuela infantil /guardería?

Si es así, ¿desde qué edad? _____ ¿Cómo se adaptó? _____

Aspectos no contemplados, dudas o sugerencias de la familia:

-
-
-
-

Autorización de imagen: SI/NO



Castilla-La Mancha



**FICHA INDIVIDUAL DEL ALUMNO/A
ENFERMEDADES CRÓNICAS; ALERGIAS E INTOLERANCIAS; PAUTAS DE
TRATAMIENTO MÉDICO**

Rellene los siguientes datos, y entregue esta ficha en el Centro educativo junto al informe médico correspondiente a la enfermedad, alergia o intolerancia que padece el paciente, así como la pauta de tratamiento médico si precisa.

NOMBRE APELLIDOS ALUMNO: _____

CURSO/ CLASE _____

ENFERMEDAD CRÓNICA

ALÉRGENOS (Enumere los alimentos que el alumno/a es alérgico o intolerante)

¿CUÁNDO SE PRODUCE LA REACCIÓN ALÉRGICA? (Describe si la reacción alérgica se produce por ingestión, tacto, inhalación):



Castilla-La Mancha



TIPO DE REACCIÓN ALÉRGICA (describe brevemente el tipo de reacción, su gravedad) _____

PROCEDIMIENTO A LA REACCION ALÉRGICA (Describa brevemente si se debe aplicar alguna medicación y diga cual y qué dosis. Si no es así describa el procedimiento de actuación inmediato aconsejado por el médico ante la reacción alérgica.) Recordamos que el centro **dispone de enfermera** a la que se derivará el alumno/a ante cualquier tipo de reacción alérgica.



Castilla-La Mancha



TELÉFONOS DE CONTACTO

NOMBRE Y APELLIDOS ALUMNO: _____

PADRE _____	TLF _____
MADRE _____	TLF _____
NOMBRE _____	TLF _____
NOMBRE _____	TLF _____
NOMBRE _____	TLF _____
NOMBRE _____	TLF _____
NOMBRE _____	TLF _____
NOMBRE _____	TLF _____

ENSEÑANZA RELIGIOSA O VALORES

Don/Doña _____
madre/pare/tutor del alumno/a _____

del curso: _____ expresa su deseo de que su hij@ curse la
enseñanza de:

RELIGIÓN CATÓLICA

VALORES

Fdo: _____



Castilla-La Mancha



AUTORIZACIÓN SALIDAS LOCALES

Don/Doña: _____

con DNI: _____ como madre/padre o tutor/a
legal del alumno: _____ del
curso _____ del Ceip Villa de Materno por la
presente

AUTORIZO:

A mi hij@: _____
a poder participar en actividades complementarias que se
realicen en el Municipio de Carranque durante el curso
escolar 2022/2023

En Carranque a ___ de _____ de 202__

Fdo: _____