



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación y Ciencia

IMPRESO DE MATRÍCULA EN CENTROS EDUCATIVOS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS E. INFANTIL Y E. PRIMARIA CURSO 2023/2024

Fecha y lugar de presentación de la solicitud.

Sello del Centro

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Form fields for student data: Nombre, DNI - NIE - Pasaporte, Número de Identificación Escolar, Primer Apellido, Segundo Apellido, Fecha Nacimiento, Municipio de Nacimiento, Provincia de Nacimiento, Familia Numerosa, Localidad Nacimiento, Pais de Nacimiento, NACIONALIDAD.

DATOS DEL PADRE Y DE LA MADRE O DE LOS TUTORES

Form fields for tutor data: TUTOR/A 1 and TUTOR/A 2, including Nombre, DNI - NIE - Pasaporte, NACIONALIDAD, Primer Apellido, Segundo Apellido, correo electrónico, and gender options (Hombre/Mujer).

DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR

Form fields for family address: Calle, Avenida, Plaza..., Nº, Portal, Piso, Puerta, Municipio, Provincia, Cod. Postal, Teléfono, Teléfono Urgente.

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 field for previous course: El solicitante durante el curso 2008/2009 estuvo matriculado en el curso ___ de ___ en el centro ___ de la localidad ___, provincia de ___.

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 2023 / 2024, para cursar las enseñanzas

E. Infantil

Table with 3 columns: 1º (3 años), 2º (4 años), 3º (5 años)

E. Primaria

Table with 6 columns: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º

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.

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. Dicho fichero tiene como finalidad la gestión administrativa y académica de los alumnos y el órgano responsable es la Secretaría General de Educación y Ciencia. De acuerdo con el artículo 5 de la LOPD, la Consejería de Educación y Ciencia le informa que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante una solicitud escrita a: Secretaría General de Educación y Ciencia, Bulevar del Río Alberche s/n - 45071, Toledo.



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? _____

¿Mojaba 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:-----



Castilla-La Mancha



AUTORIZACIÓN RECOGIDA ALUMNADO CEIP VILLA DE MATERNO

D. _____ D.N.I.: _____

y D^a. _____ D.N.I.: _____

padres/tutores del niño/a _____

AUTORIZAMOS a las siguientes personas para recoger a nuestro hijo/a los días que nosotros no podamos ir a recogerle/a. (Adjuntar fotocopia del DNI/NIE de cada persona autorizada).

	NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.
1		
2		
3		
4		

Carranque, a _____ de _____ de _____

PADRE/TUTOR

MADRE/TUTORA

Fdo.: _____

Fdo.: _____



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes
Secretaría General

Nº Procedimiento

120036

Código SIACI
SI4JS

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

1. DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre 1º Apellido 2º Apellido

NIF NIE Nº de Documento Fecha de Nacimiento:

Domicilio Población

Provincia Código Postal Teléfono

En caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual (obligatorio presentar informe médico donde se indique tipo de alergias o intolerancias como se recoge en el punto 5):

2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (PADRE-MADRE-TUTOR/A)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido NIF NIE Nº de Documento:

Mujer Hombre

Domicilio

Localidad Código Postal

Teléfonos Email

El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.

3. INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

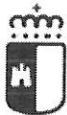
Responsable:	Secretaría General de Educación, Cultura y Deportes
Finalidad:	Gestión del servicio de comedores escolares.
Legitimación:	6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de datos; 6.1.e) Misión de interés público o ejercicio de poderes público del Reglamento General de Protección de datos. L.O. 2/2006, de 3 de mayo de Educación/Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla La Mancha/ Ley 38/2003...
Origen de los datos	El propio interesado o su representante legal, Administraciones Públicas
Categoría de los datos	Datos de carácter identificativo: NIF/DNI.; nombre y apellidos, dirección, teléfono, firma, firma electrónica, correo electrónico. Datos especialmente protegidos: Religión, creencias, salud. Otros datos identificativos: características personales, circunstancias sociales, académicos y profesionales, económicos, financieros y de seguros, orden judicial, declaración de incapacidad legal.
Destinatarios	No existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos. Tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1027

4. DATOS DEL CURSO PARA EL QUE SE SOLICITA LA PLAZA

Año Académico Centro Docente:

Localidad Provincia

Etapas: Ed. Infantil Ed. Primaria Curso:



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes
Secretaría General

5. SOLICITUD DE PLAZA (características específicas de la prestación del servicio)

Servicio Solicitado:	COMIDA MEDIODIA USUARIO HABITUAL <input type="checkbox"/> USUARIO ESPORÁDICO <input type="checkbox"/>	DIAS DE ASISTENCIA (MARCAR CON X LOS DÍAS QUE ASISTA) L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA:
	AULA MATINAL USUARIO HABITUAL <input type="checkbox"/> USUARIO ESPORÁDICO <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA:

Causas que lo justifican:

- Utilización de transporte o jornada de mañana y tarde
- Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges
- Otras causas previstas en el art. 8.3 del Decreto 138/2012 de 11/10/2012(especificar causas)

6. ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente:

- En el caso de solicitantes menores de edad, el/la progenitor/a firmante declara actuar, en caso de ser legalmente necesario, con el consentimiento de otro progenitor/a.
- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida en este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser consecutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones:

Con la presente solicitud y de acuerdo

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:

- Informe médico en caso de alergias o intolerancias alimentarias

7. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN.

TITULAR CUENTA BANCARIA: Nombre: Primer Apellido

Segundo Apellido Entidad: Oficina

Autorizo que los recibos del Comedor/Aula Matinal del Colegio / IES / Empresa, sean cargados en esta cuenta:

Código Entidad	Sucursal	DC	Número de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL.

En....., a.....de.....de

Fdo:.....



A.M.P.A. Los Zagales

Colegio Villa de Materno

Presentación AMPA Los Zagales

Estimados padres y madres, el motivo de esta carta es presentarnos, somos Laura, Verónica y Patricia, formamos el AMPA Los Zagales del Colegio Villa de Materno.

Nuestro interés es sobre todo y en primer lugar la educación de nuestros hijos e hijas, en colaboración permanente con los profesores y con el equipo directivo del centro.

La participación en el AMPA es voluntaria, y por ello, os animamos a todas las familias a asociaros, ya que cuantos más seamos, mejor será para nuestros hijos, para la asociación y para el colegio.

Para pertenecer al AMPA, solo hay que hacer una aportación anual (en el mes de septiembre informaremos de cómo hacerlo) para que el AMPA pueda realizar actividades que de otro modo no se podrían llevar a cabo como, por ejemplo:

- Taller de Halloween
- Taller de navidad
- Visita de los reyes magos
- Calendario
- Taller o actividades relacionadas con carnaval
- Talleres de manualidades
- Taller de juegos de mesa
- Fiesta de fin de curso

Ser socios del AMPA también tiene ventajas como: descuentos en la piscina de Ugena, además de descuentos en diferentes actividades extraescolares (a lo largo del curso os informaremos de los descuentos que vayamos obteniendo)

Adjuntamos una autorización para la realización tanto de las fotos que se hacen en navidad con los reyes magos, como de los talleres que realizaremos a lo largo del curso, para que la devolváis firmada.

Vuestra colaboración es de sumo interés y os sugerimos que participéis activamente en la mejora de la calidad educativa de nuestros hijos y del centro. En el mes de septiembre os convocaremos a una reunión para daros toda la información.

Para cualquier duda o sugerencia, estamos disponibles en el mail del AMPA ampalozzagales@gmail.com.

Con la ilusión y el trabajo de todos, podremos disfrutar aún más de la tarea tan apasionante de ser padres.

Un saludo,

AMPA los Zagales

Contacto AMPA: ampalozzagales@gmail.com



A.M.P.A. Los Zagales

Colegio Villa de Materno

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES DE LOS ALUMNOS/AS

Con motivo de las distintas actividades que se realizarán por parte del AMPA durante el curso, solicitamos la autorización por parte de los padres/tutores de la realización de fotos (por ejemplo, la visita de los Reyes Magos)

D/Dña _____ con DNI _____ como
madre/padre/tutor del alumno _____
_____ que cursa _____

- AUTORIZO a la Asociación de Padres y Madres de alumnos AMPA Los Zagales, del CEIP Villa de Materno a publicar fotos o vídeos en los que aparezca mi hijo/a, de manera no expresa, con uso pedagógico realizadas en las diferentes actividades organizadas, así como las destinadas a difusión educativa no comercial.

Firma del padre/madre o tutor/a

Fdo. _____

Fecha: _____