



**DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI - NIE - Pasaporte \_\_\_\_\_ Número de Identificación Escolar (Rellenar por el centro)  Hombre  Mujer

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Municipio de Nacimiento \_\_\_\_\_ Provincia de Nacimiento \_\_\_\_\_ Familia Numerosa \_\_\_\_\_

Localidad Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) \_\_\_\_\_ País de Nacimiento (SOLO EXTRANJEROS) \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE Y DE LA MADRE O DE LOS TUTORES**

**TUTOR/A 1**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI - NIE - Pasaporte \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

**TUTOR/A 2**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI - NIE - Pasaporte \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD (SOLO EXTRANJEROS) \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

**DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR**

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)**

El solicitante durante el curso 20\_\_/20\_\_ 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 20\_\_ / 20\_\_, para cursar las enseñanzas

**E. Infantil**

1º (3 años)	2º (4 años)	3º (5 años)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Primaria**

1º	2º	3º	4º	5º	6º
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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. 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? \_\_\_\_\_

¿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

En Carranque a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo:.....