



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación y Ciencia

IMPRESO DE MATRÍCULA EN CENTROS EDUCATIVOS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS E. INFANTIL Y E. PRIMARIA CURSO 2021 / 2022

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 parent/guardian data: TUTOR/A 1 and TUTOR/A 2, including Nombre, DNI - NIE - Pasaporte, NACIONALIDAD, Primer Apellido, Segundo Apellido, correo electrónico.

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 2020/2021 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 2021 / 2022, para cursar las enseñanzas

E. Infantil

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

E. Primaria

Table for E. Primaria with columns 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º and 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 (Carranque, Toledo)



Castilla-La Mancha

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

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)		
<input type="checkbox"/> CUSTODIA PADRE	<input type="checkbox"/> CUSTODIA MADRE	<input type="checkbox"/> CUSTODIA COMPARTIDA
DUPLICADO DE NOTAS	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
OBSERVACIONES		

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

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



CEIP Villa de Materno
 Avda. del Zagal, 1 - Tfno. 925544662
 45216 - Carranque (Toledo)



TELÉFONOS DE CONTACTO (RELLENAR LOS MÁXIMOS POSIBLES)

NOMBRE DEL ALUMNO _____

PADRE _____ TLF _____

MADRE _____ TLF _____

FIJO-CASA _____ TLF _____

NOMBRE _____ TLF _____

NOMBRE _____ TLF _____

NOMBRE _____ TLF _____

NOMBRE _____ TLF _____



CEIP Villa de Materno
 Avda. del Zagal, 1 - Tfno. 925544662
 45216 - Carranque (Toledo)



OPCIÓN DE ENSEÑANZA RELIGIOSA O VALORES

D/Dña. _____
 padre/madre/tutor del alumno/a _____
 perteneciente al curso de _____ expresa su deseo de que se hijo/a
 curse la enseñanza de:

RELIGIÓN CATÓLICA.

VALORES.

Fdo. _____

Avda. del Zagal, 1 Telf. 925544662 Fax: 925544699
 45216 Carranque (Toledo)

Avda. del Zagal, 1 Telf. 925544662 Fax: 925544699
 45216 Carranque (Toledo)



Castilla-La Mancha

MODELO PARA SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN, EL USO Y LA DIFUSIÓN DE IMÁGENES DEL ALUMNADO

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
TRATAMIENTO	Grabación y publicación de imágenes de la comunidad educativa
FINALIDAD	Promoción de actividades y servicios del centro y de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes
RESPONSABLE	CEIP VILLA DE MATERNO
LEGITIMACIÓN	Consentimiento del interesado.
DESTINATARIOS	Cesión de datos
DERECHOS	Puede acceder, rectificar o suprimir los datos, así como su legitimación, oposición y portabilidad en los términos establecidos en los artículos 15 al 22 del Reglamento (UE) 2016/679 general de protección de datos.
INFORMACIÓN ADICIONAL	https://rat.castillalamancha.es/ También puede solicitarla en las direcciones de correo electrónico: protecciondatos@jccm.es o protecciondedatos.educacion@jccm.es

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

D./DÑA _____, con DNI/NIE _____,

como PADRE , MADRE o TUTOR LEGAL y

D./DÑA _____, con DNI/NIE _____,

como PADRE , MADRE o TUTOR LEGAL

del ALUMNO _____,

CONSIENTO

NO CONSIENTO

Que los datos personales de imagen y voz sean tratados conforme a las características del tratamiento previamente descrito y autorizo expresamente su grabación, así como su posible publicidad o difusión en los medios previstos en el tratamiento.

Puede retirar este consentimiento en cualquier momento (se presentará este mismo documento para retirar el consentimiento)

En Carranque, a _____ de _____ de _____

Padre, madre o tutor legal 1

Fdo.: _____

Padre, madre o tutor legal 2

Fdo.: _____



Castilla-La Mancha



DATOS MÉDICOS Y DE SALUD DEL/LA ALUMNO/ALUMNA

Nombre y apellidos del alumno/alumna		
Fecha de nacimiento		
Dirección		
Teléfonos de contacto		
Tutor-a 1-	tutor-a 2-	otros-

HISTORIA CLÍNICA/DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO ACTUAL/MEDICACIÓN:

ACTUACIÓN. PASOS A SEGUIR EN CASO DE URGENCIA:

AUTORIZACIÓN

El/la doctor/doctora _____ nº de colegiado _____, por el Colegio de Médicos de _____, ha revisado el protocolo y prescrito la medicación específica de actuación.

Firmado:

Yo, _____ como madre/padre/tutor/tutora, autorizo a la administración de los medicamentos que constan en esta ficha a mi hija/hijo _____

Firmado: