



## DATOS PARA MATRÍCULA CURSO ACADÉMICO: \_\_\_\_\_

**CURSO:**  1º  2º  3º  4º  5º  6º

**ETAPA:**  Infantil  Primaria

### **OPCIONES:**

- G- PAI: Castellano con Programa de Aprendizaje en Inglés  
 A- PAI: Opción anterior con euskera como asignatura  
 G: Enseñanza en castellano  
 A: Enseñanza en castellano con euskera como asignatura

**OPTATIVA:**  Religión  VSC (Valores Sociales)

## **DATOS ALUMNADO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

SEXO:  H  M

Fecha nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_ Localidad nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfonos contacto (en orden de llamada):

\_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Nº hermanos (incluir al alumno): \_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos \_\_\_\_ Nº hermanos en el centro \_\_\_\_

Lengua que utiliza en casa: Con su padre \_\_\_\_\_ Con su madre \_\_\_\_\_

Nombre hermanos en el centro: \_\_\_\_\_

Destino de la correspondencia:  Familia  Padre  Madre

ALERGIAS:  NO  SI: \_\_\_\_\_

En caso de tener algún tipo de alergia es imprescindible adjuntar fotocopia del certificado médico.

INFORMES MÉDICOS/ NECESIDADES ESPECIALES:  NO  SI: \_\_\_\_\_

(Adjuntar informe médico).

Escolarización de 0 a 3 años:

NO  SI: Escuela Infantil \_\_\_\_\_



## DATOS PADRE O TUTOR

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Localidad nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Móvil \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

## DATOS MADRE O TUTORA

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Localidad nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Móvil \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

## ALUMNOS PROCEDENTES DE OTROS CENTROS

Centro de procedencia: \_\_\_\_\_  
Dirección del centro: \_\_\_\_\_  
CP: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

---

---

---

## ASOCIACIÓN DE PADRES Y MADRES (APYMA)

Autorizo a que estos datos puedan ser cedidos a la APYMA para su uso en las funciones reconocidas por la Ley:

NO  SI

(fiestas escolares, chocolatada, campamentos,...)

Barañáin, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma padre/ madre/ tutor: