



FORMALIZACIÓN DE MATRICULA

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PAIS DE NACIMIENTO: _____

PROVINCIA DE NACIMIENTO: _____ MUNICIPIO DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

PADRE: _____ FECHA DE NAC.: _____

D.N.I. /NIE/ PASAPORTE: _____

MADRE: _____ FECHA DE NAC.: _____

D.N.I./NIE/ PASAPORTE: _____

Nº DE HERMANOS(total): _____ MATRICULADOS EN EL CENTRO: _____ LUGAR QUE OCUPA: _____

FECHA DE MATRICULACIÓN: _____ CURSO: _____

COLEGIO DE PROCEDENCIA: _____

PROVINCIA: _____ (_____) TFNO _____

ASISTENCIA SANITARIA:

ENTIDAD MEDICA: _____

NUMERO DE AFILIACION/SIP: _____

ALÉRGICO: SI NO ¿ A QUÉ?: _____ APORTA DOCUMENTACIÓN

¿ALGÚN PROBLEMA MÉDICO? _____

TOMA MEDICACIÓN DE MANERA CONTINUA

CIRCUSTANCIAS FAMILIARES:

- **Padres separados:** SI NO
- **¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA?** Padre Madre Otro familiar
- **Aportan documentación:** SI NO

FIRMA DEL PADRE Y MADRE O TUTOR/A