



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

IES DE ARENAS DE SAN PEDRO

SEDE 1

Avda. de Lourdes s/n
05400 Arenas de San Pedro ÁVILA
Teléfono y Fax: 920 370056
e-mail: 05009871@educa.jcyl.es

SEDE 2

c)Fray Luis de León nº1
05400 Arenas de San Pedro ÁVILA
Teléfono y Fax: 920 37 21 67

(foto)

1º HCS
Curso 202__ - 202__

Nº de solicitud adjudicada en el proceso de admisión (sólo nuevos alumnos/as)

--	--	--	--	--	--

Identificativos

Apellido 1	Apellido 2	Nombre
DNI/NIE	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento

Nacimiento

País	Provincia	Localidad	Nacionalidad
------	-----------	-----------	--------------

Domicilio

Provincia	Localidad	Código Postal
Dirección		Teléfono del alumno/a

Familiares

¿Cuántos hermanos/as son, él/ ella incluido?	Orden que ocupa entre los hermanos/as:
En caso de ser familia numerosa	
Número de título:	Fecha de caducidad

Sanitarios

Número de la Seguridad Social, si dispone de él	
Entidad de seguro médico	Número de tarjeta sanitaria

Contacto

Teléfono móvil del alumno/a	Correo-e del alumno/a (diferente del @educa.jcyl.es)
-----------------------------	--

Centro de procedencia

Nombre del centro en que está ACTUALMENTE escolarizado	
Localidad	Provincia

DATOS ALUMNO/A

Denominación del centro	▶	sello del centro y firma del gestor
Nombre del alumno/a matriculado	▶	
Enseñanza, curso y año académico	▶	
Fecha de matrícula	▶	

TUTOR 1

<input type="checkbox"/> Padre	Apellido 1	Apellido 2	Nombre
<input type="checkbox"/> Madre	DNI/NIE		Teléfono móvil
<input type="checkbox"/> Tutor legal	¿Reside con el alumno? (marcar X en caso afirmativo) <input type="checkbox"/>		Correo-e (diferente del @educa.icvl.es)
<input type="checkbox"/> Institución	Titulación		Profesión
Sólo para el primer acceso al centro ▶			
			Fecha de nacimiento

TUTOR 2

<input type="checkbox"/> Padre	Apellido 1	Apellido 2	Nombre
<input type="checkbox"/> Madre	DNI/NIE		Teléfono móvil
<input type="checkbox"/> Tutor legal	¿Reside con el alumno? (marcar X en caso afirmativo) <input type="checkbox"/>		Correo-e (diferente del @educa.icvl.es)
Sólo para el primer acceso al centro ▶			
			Fecha de nacimiento

OTRA PERSONA AUTORIZADA

Parentesco	Apellido 1	Apellido 2	Nombre
<input type="checkbox"/>	DNI/NIE		Teléfono móvil

SERVICIOS Y PROGRAMAS QUE SOLICITA

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y FIRMAS

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y conocen y aceptan su proyecto educativo. Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario. Por la firma del presente documento se AUTORIZA a la Consejería de Educación a almacenar y codificar la información aportada en un fichero automatizado de datos de carácter personal destinado al mantenimiento de la información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias así como en otros procedimientos administrativos en los que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Es posible ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Política Educativa Escolar

En _____, a ____ de _____ de 202__
 Progenitor o tutor 1° Progenitor o tutor 2°

Fdo.: _____

Fdo.: _____