



CEI GALÁPAGOS



## **FICHA DE INSCRIPCIÓN**



### **DATOS DEL ALUMNO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Localidad de nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Número de hermanos/as: \_\_\_\_\_ Posición que ocupa: \_\_\_\_\_

### **SOLICITUD DE MATRÍCULA**

Tipo de jornada: \_\_\_\_\_ Fecha de incorporación: \_\_\_\_\_

Horario de entrada: \_\_\_\_\_ Horario de salida: \_\_\_\_\_

### **DATOS FAMILIARES/TUTORES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sus datos van a ser incorporados al fichero registrado en la Agencia de Protección de Datos con el número 2173100909. Usted consiente que tratemos sus datos personales con la finalidad de promocionar información de nuestras actividades. Si desea ejercitar derecho de oposición, acceso, rectificación o cancelación respecto de estos datos, indíquenoslo por escrito a: [ceiamapolagalapagos@gmail.com](mailto:ceiamapolagalapagos@gmail.com)



Estado de salud general del alumno: \_\_\_\_\_

Observaciones médicas significativas (alergias)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Come sólidos o puré? \_\_\_\_\_

Control de esfínteres: \_\_\_\_\_

¿Cómo describirías a vuestro hijo/hija?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **DATOS BANCARIOS**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

IBAN: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

### **ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS DEL CENTRO**

D/Dña, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

padre/madre/tutor del alumno \_\_\_\_\_

he leído, de acuerdo y asumo el cumplimiento de todas las normas de orden y funcionamiento de la C.E.I. Amapola.

Fecha:

Firma:



Autorizo al C.E.I. Amapola a que realice fotos y vídeos de mi hijo/a \_\_\_\_\_ durante su estancia en el centro para su exposición en diferentes medios de comunicación, página web, locales, autonómicos y/o nacionales. Garantizando y protegiendo el honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen de los menores, respetándose en todo momento.

SI

NO

Fecha:

Firma:

#### **AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS**

Autorizo al C.E.I. Amapola para que administre, en caso de necesidad, medicamentos a mi hijo/a \_\_\_\_\_ durante su estancia en el centro (avisando previamente por teléfono a los padres o tutores legales). Asimismo en caso de urgencia médica autorizo al centro a llamar al Servicio de Emergencias y/o traslado al centro médico.

SI

NO

Fecha:

Firma:

