

D. /D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_,  
con D.N.I. nº: \_\_\_\_\_, autorizo al C.E.I.P. “Dr. Jiménez Rueda” a publicar, en la página web del Colegio, fotografías/vídeos en los que aparezcan mi hijo/a \_\_\_\_\_, realizando actividades programadas por el Centro dentro de su labor educativa.

Atarfe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

El padre/madre/tutor

Fdo., \_\_\_\_\_



**SR. DIRECTOR DEL C.E.I.P. “DR. JIMÉNEZ RUEDA”**

## SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y EDUCACIÓN PRIMARIA

## MATRÍCULA

Nº Matrícula

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO, COMPRUEBE QUE CORRESPONDE A LA ETAPA EDUCATIVA EN LA QUE DESEA REALIZAR LA MATRÍCULA.  
 NO CUMPLIMENTAR LOS ESPACIOS SOMBRADOS.  
 ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA.  
 ESTA MATRÍCULA ESTÁ CONDICIONADA A LA COMPROBACIÓN DE LOS DATOS, DE CUYA VERACIDAD SE RESPONSABILIZA EL FIRMANTE.

<b>1 DATOS PERSONALES:</b>										
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE		
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO			Nº DE HERMANOS		D.N.I./N.I.E.			SEXO		NACIONALIDAD
DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>		<input type="text"/>			V	M	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVDA. Y NÚMERO					LOCALIDAD			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA
<input type="text"/>					<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>

<b>2 DATOS FAMILIARES:</b>									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL							D.N.I./N.I.E.		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL							D.N.I./N.I.E.		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		

<b>3 DATOS DE MATRÍCULA:</b>																	
CENTRO DOCENTE EN EL QUE SE MATRICULA				LOCALIDAD				CÓDIGO									
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>									
ETAPA EDUCATIVA Y CURSO EN EL QUE SE MATRICULA																	
SEGUNDO CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL					EDUCACIÓN PRIMARIA												
3 AÑOS	<input type="checkbox"/>	4 AÑOS	<input type="checkbox"/>	5 AÑOS	<input type="checkbox"/>	1º	<input type="checkbox"/>	2º	<input type="checkbox"/>	3º	<input type="checkbox"/>	4º	<input type="checkbox"/>	5º	<input type="checkbox"/>	6º	<input type="checkbox"/>
										(Marcar lo elegido con una X)							
Firma del padre, madre, tutor/a legal:							El/la Funcionario/a:										
<input type="text"/>							<input type="text"/>										
Fecha:							(Sello del centro docente)										
<input type="text"/>							<input type="text"/>										

OBSERVACIONES: