

CICLOS FORMATIVOS DE GRADO SUPERIOR

¿Alumno nuevo en el Centro?

SI NO

¿Ha cambiado algún dato como Domicilio, telf., etc?

SI NO

DOCUMENTACIÓN Y ADMÓN SANITARIAS

INTEGRACIÓN SOCIAL

Nº Exp

IMAGEN PARA EL DIAG, Y MED. NUCLEAR

RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

Curso 2024/25

1º

2º

Repite: Si No

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

| | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | | Nombre | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dni | Nie | Pasap. | Nº de Doc. de Identidad | | Nacionalidad | | Fecha de Nacimiento | |
| | | | | | | SEXO: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Municipio de Nacimiento | | | Provincia de Nacimiento | | | País de Nacimiento | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Domicilio calle/Avda./ Plaza | | | Número | Portal | Esc. | Piso | Letra | Localidad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Cód. Postal | Provincia | | Teléfono fijo | | Teléfono Móvil | | Correo Electrónico | |

DATOS DE LOS PADRES/TUTORES (A rellenar solo si el alumno/a es menor de edad en el momento de formalizar la matrícula).

TUTOR 1 (*)

TUTOR 2 (*)

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Nombre y apellidos | | | Nombre y apellidos | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Documento de identidad | Nacionalidad | Teléfono Móvil | Documento de identidad | Nacionalidad | Teléfono Móvil |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Correo electrónico | | | Correo electrónico | | |
| Rellenar solo si NO coincide con el domicilio del alumno | | | Rellenar solo si NO coincide con el domicilio del alumno | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Domicilio (Calle, Avda, Número, Letra) | | | Domicilio (Calle, Avda, Número, Letra) | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Localidad | | Cód. postal | Localidad | | Cód. postal |

Los abajo firmantes declaran que conocen, y con su firma, aceptan, las normas de obligado cumplimiento en el Centro de Formación Profesional San Juan de Dios recogidas en el Reglamento de Régimen Interno, que se puede consultar en la página web del Centro (El Centro > Documentos del Centro).

Si el alumno es menor de edad, esta matrícula debe ser firmada por ambos padres o tutores. Si falta la firma de uno de ellos, el otro deberá presentar una Declaración Jurada por la que asume cualquier responsabilidad al respecto. Esta Declaración puede obtenerse en la web del Centro o solicitarla en la Secretaría al hacer entrega del formulario de matrícula. No se recogerá ninguna solicitud que no cumpla alguno de esos dos requisitos.

| FORMA DE ACCESO | MÓDULOS PENDIENTES (a rellenar si el alumno/a se matricula en 2º con módulos pendientes de 1º) | | | |
|------------------------|--|--|----|--|
| TÍTULO DE BACHILLERATO | 1. | | 3. | |
| PRUEBA DE ACCESO | 2. | | 4. | |
| OTROS (especificar) | FCT- PROY. | | | |

En Ciempozuelos a _____ de _____ de _____

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Firma del alumno/a