

**CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE MATRICULA:**

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| Enseñanza...   |  | NO PEGAR LA FOTOGRAFÍA |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> Curso<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>o</sup> Curso<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>o</sup> Curso + Módulos Pendientes 1 <sup>er</sup> Curso*<br><input type="checkbox"/> Otros Módulos pendientes* | * Indicar módulos pendientes en los que se matricula:<br>-----<br>-----<br>----- |                        |

**DATOS PERSONALES**

¿Ha cambiado alguno de sus datos como domicilio o teléfono?  
 Sí No

**Nº EXPEDIENTE**

A cumplimentar por Secretaría

|                         |                         |                    |                |
|-------------------------|-------------------------|--------------------|----------------|
| 1 <sup>o</sup> Apellido | 2 <sup>o</sup> Apellido | Nombre             | Doc. Identidad |
|                         |                         |                    |                |
| Fecha de Nacimiento     | Lugar de Nacimiento     | Provincia          | País           |
|                         |                         |                    |                |
| Telf. Fijo              | Telf. Móvil             | Correo electrónico |                |
|                         |                         |                    |                |
| <b>DOMICILIO</b>        |                         |                    |                |
| Calle / Pza. / Avda...  | Nº                      | Esc.               | Piso           |
|                         |                         |                    |                |
| Cód. Postal             | Localidad               | Provincia          |                |
|                         |                         |                    |                |

**DATOS PADRE / MADRE / TUTORES**

|                       |                         |   |                   |
|-----------------------|-------------------------|---|-------------------|
| <b>PADRE o TUTOR</b>  |                         |   |                   |
| 1er Apellido          | 2 <sup>o</sup> Apellido | Nombre  | Doc. de identidad |
|                       |                         |   |                   |
| Dirección             |                         | Localidad   | Provincia         |
|                       |                         |   |                   |
| Tlf. Fijo             | Tlf. Móvil              | <input type="checkbox"/> Autorizo al Centro para que me notifiquen las faltas de asistencia |                   |
|                       |                         |   |                   |
| <b>MADRE o TUTORA</b> |                         |   |                   |
| 1er Apellido          | 2 <sup>o</sup> Apellido | Nombre  | Doc. de identidad |
|                       |                         |   |                   |
| Dirección             |                         | Localidad   | Provincia         |
|                       |                         |   |                   |
| Tlf. Fijo             | Tlf. Móvil              | <input type="checkbox"/> Autorizo al Centro para que me notifiquen las faltas de asistencia |                   |
|                       |                         |   |                   |

**OTROS DATOS**

|  |
|--|
| Se matricula en este centro por 1 <sup>a</sup> vez    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Repite    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|--|

|   |
|---|
| <b>DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA:</b> A <i>cumplimentar por Secretaría</i><br><input type="checkbox"/> Impreso de Matrícula<br><input type="checkbox"/> Resguardo del Ingreso del Seguro Escolar |
|---|

El/la abajo firmante (interesado/a y, en el caso de menores, padres o tutor/es) solicita/n la matricula en el

Firma/s: \_\_\_\_\_

En Colmenar Viejo, a..... de..... de.....