

3

CURSO 2021/2022

CICLOS GRADO MEDIO

<input type="checkbox"/> ATENCIÓN PERSONAS SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: en turno de mañana. (Marcar modalidad adjudicada)	<input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA (marcar turno adjudicado)
MODALIDAD: <input type="checkbox"/> PRESENCIAL <input type="checkbox"/> DUAL	TURNOS: <input type="checkbox"/> MAÑANA <input checked="" type="checkbox"/> TARDE
<input checked="" type="checkbox"/> SISTEMAS MICROINFORMÁTICOS Y REDES (marcar turno adjudicado)	<input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (en turno de mañana)
TURNOS: <input type="checkbox"/> MAÑANA <input checked="" type="checkbox"/> TARDE	

CURSO: 1º ☐ 2º ☒ Sólo FCT ☐ REPITE CURSO: SI ☐ NO ☒

SEGURO ESCOLAR (OBLIGATORIO SI ES MENOR DE 28 AÑOS): SI ☐ No ☐

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A (RELLENAR EN MAYUSCULAS)

Nombre: <u>Naiara</u>	1º Apellido: <u>Olmos</u>	2º Apellido: <u>Ortiz</u>
D.N.I./N.I.E.: <u>511 2511 2E</u>	Fecha Nacimiento: <u>23/10/2003</u>	Menor: SI <input checked="" type="checkbox"/> Nacionalidad: <u>Española</u>
Lugar Nacimiento:	Provincia Nacimiento:	País Nacimiento:
Correo electrónico del alumno: <u>naiara.olmos.2020@gmail.com</u>		
Teléfono móvil del alumno: <u>643 20 32 97</u>		Teléfono en caso de urgencia:
Domicilio: <u>C. Corindón 25</u>		Localidad y C.Postal: <u>28041 Madrid</u>

Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Necesita algún tipo de adaptación metodológica?	SI <input type="checkbox"/> (debe aportar documentación que lo acredite) NO <input type="checkbox"/>
---	--	---

DATOS PADRE/MADRE/TUTOR: (SOLO RELLENAR si el alumno es MENOR DE EDAD)

PADRE O TUTOR	Nombre y apellidos:
DNI / NIE:	Fecha nacimiento:
Teléfono móvil padre:	Teléfono hijo:
Correo electrónico del padre:	
Domicilio (si NO vive con el alumno):	Localidad y C.Postal:
¿Tiene clave en Raices? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de no tener clave el centro le asignará una	
MADRE O TUTOR	Nombre y apellidos: <u>Nelly Carmela Ortiz Lopez</u>
DNI / NIE: <u>511 98 216 D</u>	Fecha nacimiento: <u>06/06/1975</u>
Teléfono móvil madre: <u>643 35 70 39</u>	Teléfono hijo:
Correo electrónico de la madre: <u>nelly nellycarmelaortizlopez75@gmail.com</u>	
Domicilio (si NO vive con el alumno): <u>C. Corindón 25</u>	Localidad y C.Postal: <u>28041 Madrid</u>
¿Tiene clave en Raices? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> En caso de no tener clave el centro le asignará una	

DATOS ACADÉMICOS:

Estudios aportados para el acceso al Ciclo:

INDICAR MÓDULOS QUE REPITE

1-	4-
2-	5-
3-	6-

Autorizo al Centro a utilizar con fines pedagógicos las imágenes captadas durante la realización de actividades lectivas, complementarias y extraescolares y autorizo a que sean publicadas en la página web, redes sociales y todas las plataformas asociadas a Educamadrid:

SI ☒ NO ☐

La persona abajo firmante, declara no estar matriculado en las mismas enseñanzas en otro régimen de enseñanzas, y solicita matrícula en el I.E.S. Villaverde en el Ciclo y Curso indicado.

En Madrid, a _____ de _____ de 2021

Firma alumno <u>Naiara</u>	Firma Padre/tutor Obligatoria si es menor de edad <u>Nelly Ortiz</u>	Firma Madre/tutor obligatoria si es menor de edad
Si alguno de los 2 padres/tutores legales no puede firmar la matrícula es obligatoria rellenar la declaración responsable		