

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A				
Apellido 1	Apellido 2	Nombre(s)	Móvil del alumno/a	DNI/NIE/ Pasaporte
Nacionalidad:		Sexo:	Correo electrónico del alumno/a:	
Fecha nacimiento:	Localidad:	Provincia:	País:	
Entidad médica: Seguridad Social		MUFACE <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	
Nº de hermanos en el centro (incluido el alumno):		AMPA SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Utiliza transporte escolar? SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		
Inmigrante: SI <input type="checkbox"/>	Nivel de Castellano: Bajo <input type="checkbox"/>		Fecha de llegada:	Idioma de origen:
NO <input type="checkbox"/>		Medio <input type="checkbox"/>		Nativo <input type="checkbox"/>
¿REPITE CURSO? SI <input type="checkbox"/>				
NO <input type="checkbox"/>				
DATOS FAMILIARES (PADRE/MADRE/TUTOR/A)				
Apellidos	Nombre (s)	DNI	Tfno. móvil	Correo Electrónico
DATOS DE CORRESPONDENCIA				
Nombre (Padre/madre/tutor/a)		Dirección	Tfno. fijo familiar	Localidad
Provincia	Cód. postal	Tipo de domicilio:		
		Familiar <input type="checkbox"/>		
		Padre <input type="checkbox"/>		
		Madre <input type="checkbox"/>		
		Alumno/a <input type="checkbox"/>		
		Tutor/a <input type="checkbox"/>		
2ª Dirección postal (en caso de doble correspondencia):				

AUTORIZACIONES:

D./Dña. _____, con DNI _____ como padre/madre/tutor/a legal del alumno/a _____ manifiesta su decisión respecto a las siguientes autorizaciones:

1 SI autorizo

NO autorizo

La difusión de imágenes, videos y trabajos de mi /hijo/a/tutorado/a en cualquier formato impreso o electrónico, con finalidades educativas y sin ánimo de lucro.

2 SI autorizo

NO autorizo

La asistencia de mi hijo/ a / tutorado/a a TODAS las actividades complementarias y extraescolares que se realicen en **MONZÓN (*)**, sin coste económico alguno.

3 SI autorizo

NO autorizo

El **envío de los mensajes** que desde el centro se consideren oportunos a mi **correo electrónico o teléfono móvil**.

4 SI autorizo

NO autorizo

La ausencia de mi hijo/a/tutorado/a del centro en la primera o última hora de clase si se suspendiera por ausencia del profesor/a u otro motivo justificado.

(*)Estas decisiones serán válidas mientras no manifieste lo contrario por escrito.

Monzón a ____ de _____ de 20__ .

Firmado:

2º de BACHILLERATO CIENCIAS

CURSO 20....- 20....

ALUMNO/A :		
Apellido 1	Apellido2	Nombre(s)

MARCAR LA OPCIÓN ELEGIDA

MATERIAS OBLIGATORIAS	TRONCALES : NUMERAR DE 1 A 5 (Se cursarán 2)
Lengua Castellana y Literatura II Primera Lengua Extranjera: Inglés II Historia de España Matemáticas II	Física Química Biología Geología Dibujo Técnico II
*MATERIAS ESPECÍFICAS (4 HORAS) (Numerar según preferencia)	*MATERIAS ESPECÍFICAS (1 HORA) (Numerar según preferencia)
Tecnología Industrial II Historia de la Filosofía Fundamentos de Administración y Gestión Materia troncal no cursada o específica de otra modalidad (.....)	Educación Física y Vida Activa Pensamiento, Sociedad y Ciudadanía Historia y Cultura de Aragón Religión (Marcar la elegida)
*MATERIAS ESPECÍFICAS (3 HORAS) (Numerar según preferencia)	Católica Islámica Evangélica Judía
Tecnología de la Información y la Comunicación II Segunda Lengua Extranjera: Francés II Ciencias de la Tierra y del Medioambiente Psicología	

*** Elegir 1 materia de 4 horas y otra de 3 horas (4+3) ó 2 materias de 3 horas y una de 1 hora (3+3+1)**

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General De Protección de Datos (R.G.P.D.), Reglamento UE 2016/679, le comunicamos que sus datos serán tratados de forma confidencial.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de sus datos, dirigiéndose a nuestro domicilio fiscal AVD. DE PUEYO, 89 - 22400 - MONZÓN - HUESCA o a través del correo electrónico iesmonzon@educa.aragon.es

(Firma)