

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 <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		Nº afiliación ent. médica:		
Nº de hermanos en el centro (incluido el alumno):		Familia numerosa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Utiliza transporte escolar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Localidad de procedencia:		
Inmigrante: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nivel de Castellano: Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Nativo <input type="checkbox"/>	Fecha de llegada:	Idioma de origen:	
¿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	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:

- 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
- 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.
- SI AUTORIZO  NO AUTORIZO   
El envío de los mensajes que desde el centro se consideren oportunos a mi correo electrónico o teléfono móvil.
- 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 o por otro motivo justificado.
- SI AUTORIZO  NO AUTORIZO   
A que una vez alcanzada la mayoría de edad se notifique a mi padre/madre/tutor/a de cualquier información académica o relativa a la disciplina que el instituto estime oportuno.

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

Monzón a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firmado:

(\*) En caso de que ustedes NO deseen que su hijo/a asista a una actividad determinada, deberán solicitar un impreso en Conserjería y devolverlo, a través del alumno/a, antes del comienzo de la actividad. Su hijo/a, por tanto, asistirá al centro en el horario habitual.

Apellidos del alumno/a: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_

### MÓDULOS PROFESIONALES

- (3002) Aplicaciones básicas de ofimática.
- (3005) Atención al cliente.
- (3006) Preparación de pedidos y venta de productos.
- (3010) Ámbito de Ciencias aplicadas II
- (3012) Ámbito de Comunicación y sociedad II
- (A133) Orientación Laboral
- (A999) Tutoría II
- (3008) Formación en Centros de Trabajo [FCT]
- Módulos profesionales de 1º CFGB de Servicios Administrativos no superados

Monzón, de de 20

El alumno/a

## RESGUARDO PARA EL ALUMNO

Apellidos del alumno/a: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_

### MÓDULOS PROFESIONALES:

- (3002) Aplicaciones básicas de ofimática.
- (3005) Atención al cliente.
- (3006) Preparación de pedidos y venta de productos.
- (3010) Ámbito de Ciencias aplicadas II
- (3012) Ámbito de Comunicación y sociedad II
- (A133) Orientación Laboral
- (A999) Tutoría II
- (3008) Formación en Centros de Trabajo [FCT]
- Módulos profesionales de 1º CFGB de Servicios Administrativos no superados

Monzón, de de 20

El alumno/a