FICHA DE INGRESO

1. **DATOS FAMILIARES**

* Nombre y apellidos del **alumno/a**:
* D.N.I. / T.R. del alumno: Sexo:
* Fecha de nac.: Lugar: Provincia: País:
* Nombre y apellidos del **padre/tutor**:
* D.N.I. / T.R. del padre/tutor: Fecha de nacimiento:
* Nombre y apellidos de la **madre/tutora**:
* D.N.I. /T.R. de la madre/tutora: Fecha de nacimiento:
* **DIRECCIÓN:**
* **TELÉFONOS: E-MAIL:**

**SITUACIÓN FAMILIAR**

CASADOS

SEPARADOS

VIUDO/A

MADRE/PADRE SOLTERO/A

TUTOR/A

* Número de hijos: Lugar que ocupa el alumno que matricula:
* Nombre de los hijos **que están matriculados en el C.E.I.P. Velázquez** y cursos en los que están:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos | Curso |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* Si tienen otros hijos que **no asisten** al C.E.I.P. Velázquez ponga su nombre, edad y situación actual (estudia en otro centro, está en el paro, trabaja, otros…)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos | Edad | Situación actual |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué estudios realizó **el padre**?  Ninguno  Primarios  Graduado Escolar / E.S.O. / F.P. 1  Técnico F.P. de Grado Superior  Universitario Medio (Diplomatura)  Universitario Superior (Licenciatura) | ¿Qué estudios realizó **la madre**?  Ninguno  Primarios  Graduado Escolar / E.S.O. / F.P. 1  Técnico F.P. de Grado Superior  Universitario Medio (Diplomatura)  Universitario Superior (Licenciatura) |

|  |  |
| --- | --- |
| Situación laboral **del padre**?  Trabaja en un negocio propio  Trabaja como empleado  Funcionario  En paro  Jubilado  Trabaja solamente haciendo las tareas de la casa | Situación laboral **de la madre**?  Trabaja en un negocio propio  Trabaja como empleado  Funcionario  En paro  Jubilado  Trabaja solamente haciendo las tareas de la casa |

* ¿Qué idiomas se hablan en casa?

Castellano

Tamazigh

Ambos

Otros

**<**

1. **DATOS MÉDICOS**

* Entidad Seguro Médico (ISFAS, MUFACE, S.S….)
* Nº de Asegurado:
* ALERGIAS CONOCIDAS: SI NO - ¿CUÁL?
* ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI NO - ¿CUÁL?
* INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SI NO - ¿CUÁL?
* TOMA ALGUNA MEDICACIÓN: SI NO - ¿CUÁL?
* REQUIERE CUIDADO ESPECÍFICO SI NO - ¿CUÁL?

1. **AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a salga con sus compañeros y profesores fuera del Centro para la realización de visitas, paseos y actividades programadas. S I NO

1. **AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN DE IMÁGENES EN WEB OFICIAL DEL COLEGIO**

Doy mi consentimiento al colegio para que recoja imágenes de mi hijo/a durante las actividades docentes programadas con carácter pedagógico y difundirlas en la página web oficial del centro (http://centros4.pntic.mec.es/cp.velazquez1/). S I NO

1. **RELIGIÓN**

Deseo que mi hijo/a reciba clases de Religión:

Católica

Islámica

Evangélica

Ninguna

1. **DATOS ACADÉMICOS**(Rellenar solo en casos de traslado)

Datos del centro de procedencia:

* Colegio:
* Dirección:
* Localidad: Teléfono: e-mail:

Melilla, a de del 20

Firma del padre, madre o tutor