

ENSEÑANZAS PROFESIONALES DE ARTES PLÁSTICAS Y DISEÑO

Solicitud de matrícula

CURSO ACADÉMICO 20____/20____

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE _____
APELLIDOS _____
D.N.I./N.I.E./PASAPORTE _____
E-mail _____
Estudios aportados _____

FECHA DE NACIMIENTO _____
LOCALIDAD DE NACIMIENTO _____
PROVINCIA DE NACIMIENTO _____
PAIS DE NACIMIENTO _____
FAMILIA NUMEROSA (CATEGORÍA) _____

a. Domicilio durante el curso

DIRECCION _____
LOCALIDAD _____
PROVINCIA _____
TELEFONO _____
CP _____

b. Datos de representantes legales/ tutores/ padre o madre

REPRESENTANTE LEGAL 1
D.N.I./N.I.E./PASAPORTE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
E-mail _____
TELEFONO PERSONAL _____

REPRESENTANTE LEGAL 1
D.N.I./N.I.E./PASAPORTE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
E-mail _____
TELEFONO PERSONAL _____

2. DATOS ACADÉMICOS. ESTUDIOS EN QUE SE MATRICULA.

CICLO FORMATIVO	SI	NO	CURSO ACADÉMICO
REPITE			
ASIGNATURAS PENDIENTES	1.		4.
	2.		5.
	3.		6.
ABONA SEGURO ESCOLAR	SI		NO

Los datos que se recogen en este formulario se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del interesado, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente.

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Fdo.)