



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación



MATRÍCULA Y CONFIGURACIÓN ACADÉMICA

en enseñanzas sostenidas con fondos públicos de

Grado Medio Técnico en Farmacia y

Parafarmacia (TFP)

IES LOS SALADOS – 49007619

Campo de los Salados, s/n

49600 – Benavente (Zamora)

980635277 (teléfono) 980635278 (fax) 49007619@educa.jcyl.es (Correo-e)

(foto)

(Curso-etapa) _____

(Año académ.) _____

Nº de solicitud adjudicada en el proceso de admisión

(sólo nuevos alumnos/as)

ALUMNO/A

Identificativos

Apellido 1	Apellido 2	Nombre
DNI / NIE		Sexo
<input type="text"/>		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento		
<input type="text"/>		

Nacimiento

País	Provincia	Localidad	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio

Provincia	Localidad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección		Teléfono fijo del domicilio
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Familiares

¿Cuántos hermanos/as son, él / ella incluido?	Orden que ocupa entre los hermanos/as:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
En caso de ser familia numerosa	
Número de título:	Fecha de caducidad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sanitarios

Número de la Seguridad Social, si dispone de él	
<input type="text"/>	
Entidad de seguro médico	Número de tarjeta sanitaria
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contacto

Teléfono móvil del alumno/a	Correo-e del alumno/a (diferente del @educa.jcyl.es)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Centro de procedencia

Nombre del centro en que está ACTUALMENTE escolarizado	Localidad	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titulación que tiene ACTUALMENTE		
<input type="checkbox"/> Realización de la prueba <input type="checkbox"/> Prueba de acceso <input type="checkbox"/> Título Técnico/Aux. <input type="checkbox"/> Título FP Básico <input type="checkbox"/> Título ESO		

PROGENITORES / TUTORES

1º

<input type="checkbox"/> Padre	Apellido 1	Apellido 2	Nombre
<input type="checkbox"/> Madre	DNI / NIE	Teléfono móvil	
<input type="checkbox"/> Institución	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Reside con el alumno? (marcar X en caso afirmativo)		Correo-e (diferente del @educa.jcyl.es)	
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
Titulación		Profesión	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sólo para el primer acceso al centro ▶			

2º

<input type="checkbox"/> Padre	Apellido 1	Apellido 2	Nombre
<input type="checkbox"/> Madre	DNI / NIE	Teléfono móvil	
<input type="checkbox"/> Tutor o acogedor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Reside con el alumno? (marcar X en caso afirmativo)		Correo-e (diferente del @educa.jcyl.es)	
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
Titulación		Profesión	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sólo para el primer acceso al centro ▶			

Otra persona autorizada (urgencias o recogida)

Parentesco	Apellido 1	Apellido 2	Nombre
<input type="text"/>	DNI / NIE	Teléfono móvil	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**NO ESCRIBIR EN ESTA ZONA
ESPACIO PARA EL RESGUARDO**

CURSO EN QUE SE MATRICULA Y CONFIGURACIÓN ACADÉMICA

TÉCNICO EN FARMACIA Y PARAFARMACIA

1º TFP

2º TFP

MATERIAS TRONCALES

FORMULACIÓN MAGISTRAL

DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

DIGITALIZACIÓN APLICADA A LOS SECTORES PRODUCTIVOS (GM)

ITINERARIO PERSONAL PARA LA EMPLEABILIDAD II

PRIMEROS AUXILIOS

PROMOCIÓN PARA LA SALUD

SOSTENIBILIDAD APLICADA AL SISTEMA PRODUCTIVO

MODELO OPTATIVO II ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HOSPITALARIO INTERNO Y EXTERNO

PROYECTO INTERMODULAR

SEGURO ESCOLAR (Alumnos que no superen los 28 años)

SI

NO

SERVICIOS Y PROGRAMAS QUE SOLICITA

La concesión de los servicios y programas solicitados estará condicionada a su oferta efectiva por el centro docente y en todo caso a las normas que regulen sus respectivos procedimientos de adjudicación.

Servicio de Transporte Escolar

Avda. el Ferial

Avda. Federico Silva

Zona Honduras

Calle de Las Eras

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y FIRMAS

Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y conocen y aceptan su proyecto educativo.

Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Política Educativa Escolar con la finalidad de gestionar el proceso de matriculación de alumnos en centros. El tratamiento de estos datos es necesario para el ejercicio de un poder público. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

En _____, a ____ de _____ de 20__.

Progenitor o tutor 1º

Progenitor o tutor 2º

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Denominación del centro

IES LOS SALADOS

Nombre del alumno/a matriculado

Enseñanza, curso y año académico

Fecha de matrícula

sello del centro
y
firma del gestor