

Núm. Expediente:
NIA:

CURSO ACADÉMICO 26-27

Cuidados Auxiliares de Enfermería

FPGM

Datos del alumno/a Las casillas en rojo son de obligada cumplimentación

Apellido 1: <input type="text"/>		Apellido 2: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>	
DNI: <input type="text"/>	NIE: <input type="text"/>	PASS: <input type="text"/>	Número documento: <input type="text"/>	Teléfono del alumno/a: <input type="text"/>	
Correo electrónico del alumno/a: <input type="text"/>				TELÉFONO URGENCIAS: <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/>	Lugar de nacimiento: <input type="text"/>			Género: Hombre: <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>	
Provincia de nacimiento: <input type="text"/>	País de nacimiento: <input type="text"/>			Nacionalidad: <input type="text"/>	
Calle / Avenida / Plaza: <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>	Esc: <input type="text"/>	Piso: <input type="text"/>	Puerta: <input type="text"/>
CP.: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>			

Datos del Padre / Madre / Tutor/a 1 Las casillas en rojo son de obligada cumplimentación si el alumno es menor de edad

Apellido 1: <input type="text"/>		Apellido 2: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>	
DNI: <input type="text"/>	NIE: <input type="text"/>	PASS: <input type="text"/>	Número documento: <input type="text"/>	Teléfono tutor 1: <input type="text"/>	
Correo electrónico tutor 1: <input type="text"/>				Teléfono fijo: <input type="text"/>	
Vive en el domicilio del alumno: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Género: Hombre: <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>	

Cumplimentar solo si ha respondido No

Calle / Avenida / Plaza: <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>	Esc: <input type="text"/>	Piso: <input type="text"/>	Puerta: <input type="text"/>
CP.: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>			

Datos del Padre / Madre / Tutor/a 2

Apellido 1: <input type="text"/>		Apellido 2: <input type="text"/>		No se proporcionan datos del Tutor 2	
DNI: <input type="text"/>	NIE: <input type="text"/>	PASS: <input type="text"/>	Número documento: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>	
Correo electrónico tutor 1: <input type="text"/>				Teléfono tutor 2: <input type="text"/>	
Vive en el domicilio del alumno: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Teléfono fijo: <input type="text"/>	
				Género: Hombre: <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>	

Cumplimentar solo si ha respondido No

Calle / Avenida / Plaza: <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>	Esc: <input type="text"/>	Piso: <input type="text"/>	Puerta: <input type="text"/>
CP.: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>			

Curso por el que se matricula **1º FPGM** **2º FPGM**

Autorizaciones

Autorizo la captación de imágenes y su publicación en los soportes propios del Centro, del alumno/a participando en actividades académicas, extraescolares y deportivas. Sí No

Autorizo la participación de mi hijo/a en todas las actividades extraescolares y deportivas que se realicen dentro de la localidad de forma gratuita. Sí No

Autorizo al alumno/a a no asistir al centro a primera y/o última hora de la jornada lectiva en caso de ausencia del profesorado. Sí No

Autorizo al alumno a asistir a charlas o conferencias impartidas por agentes externos Sí No

Los abajo firmantes declaran haber leído y comprendido los términos del documento en relación con el tratamiento de los datos personales la política de privacidad en centros docentes públicos de la Comunidad de Madrid y aceptan las normas de convivencia expresadas en el documento anexo, publicado en la web de matriculación. [Ver normas >>](#)

Firmas obligatorias

En Humanes de Madrid:

Firma del Alumno(a)

Firma del Padre / Madre / Tutor(a) 1

Firma del Padre / Madre / Tutor(a) 2