

DATOS DEL ALUMNO

NIF:		CIAL:	
NOMBRE:		1º APELLIDO:	
2º APELLIDO:		Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº S.S:
Fecha Nacimiento: / /	Municipio Nacimiento:		
Provincia Nac.:	Pais:	Nacionalidad:	
DOMICILIO HABITUAL			
C/		nº	Esc/Piso/Pta:
Localidad:	Cod Postal: 35	Teléfono:	
Municipio:	Teléfono en caso de Urgencia: (siempre operativo)		

DATOS TUTOR/ES LEGAL/ES

PADRE / TUTOR

NIF: _____ -	Nombre:		
Apellidos:			Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico:		Nº Móvil:	
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo:	Otro Tfno:	

MADRE/ TUTORA

NIF: _____ -	Nombre:		
Apellidos:			Sexo: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico:		Nº Móvil:	
Convive con el alumno: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Trabajo:	Otro Tfno:	

En caso de divorcio: ¿Quién tiene la guardia y custodia? La madre El padre Ambos

Presentar en Secretaría la documentación que lo acredite.

Email del padre/ madre o tutor/a legal: _____

Datos Médicos de Interés

Deberán consignarse las alergias a los alimentos que estén debidamente demostradas debiendo aportar en este caso, copia del informe médico que así lo acredite.

.....

.....



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y
UNIVERSIDADES
CEIP ALCARAVANERAS
928232779 CP 35006
www.ceipalcaravaneras.es
35009905@gobiernodecanarias.org

CURSO 2017/2018 E. PRIMARIA

E. Curso: _____ **Grupo:** _____

Rel: _____ **Comedor:** _____

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO/A:	
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:
Apellidos y Nombre: Teléfono contacto:	D.N.I.:
	Parentesco:

En Las Palmas de Gran Canaria, a ____ de _____ de 2017

Firma del Padre o Tutor Legal:

Firma de la madre o Tutora Legal

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL NIÑO/A DEBERÁN PRESENTAR EL DNI/NIE O DOCUMENTO QUE FACILITE SU IDENTIFICACIÓN, EN CASO CONTRARIO NO SE LE ENTREGARÁ AL ALUMNO/A.

ESTA FICHA TENDRÁ VIGENCIA TODA LA VIDA ESCOLAR DEL ALUMNO/A, DE PRODUCIRSE CAMBIOS EN LA MISMA, DEBERÁN SER COMUNICADOS POR LA FAMILIA EN LA **SECRETARÍA** DEL CENTRO.



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y
UNIVERSIDADES
CEIP ALCARAVANERAS
928232779 CP 35006
www.ceipalcaravaneras.es
35009905@gobiernodecanarias.org

CURSO 2017/20178 E. PRIMARIA

Curso: _____ **Grupo:** _____

Rel: _____ **Comedor:** _____

Estimada familias:

En base a la ley orgánica de 15/1999, de trece de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se establece la obligatoriedad de la autorización de los padres/ madres y/ o tutores legales, con respecto a la imagen.

La autorización que les solicitamos servirá únicamente para que su hijo/a pueda aparecer en la página web del colegio, revista del colegio, así como fotos de la clase, excursiones, memoria de las actividades realizadas durante el curso, actividades extraescolares, grabaciones de las televisiones con motivos informativos relacionados con el colegio.

La imagen de su hijo/a no será en ningún caso utilizada con fines comerciales.

Las Palmas de Gran Canaria a _____ de _____ de 2017.

El Director

H. OTELO MORALES MARRERO

AUTORIZACIÓN

D/ Dña. _____

Con DNI/ Tarjeta de residente nº _____

Padre/ Madre/ Tutor/a legal del alumno/a _____

Autorizo al CEIP ALCARAVANERAS, a utilizar la imagen de mi hijo/a.

Las Palmas de Gran Canaria a _____ de _____ de 2017.

Firmado : Padre/ Madre/ Tutor/a legal



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y
UNIVERSIDADES
CEIP ALCARAVANERAS
928232779 CP 35006
www.ceipalcaravaneras.es
35009905@gobiernodecanarias.org

CURSO 2017/2018 E. PRIMARIA

Curso: _____ **Grupo:** _____

Rel: _____ **Comedor:** _____

MODELO de solicitud de la enseñanza del área de RELIGIÓN en EDUCACIÓN INFANTIL

D/Dña. _____

Padre/ Madre/ Tutor/a legal del alumno/a _____

Nacido el ____ de _____ de _____ .

Manifiesta que como se recoge en la Disposición adicional primera del Real Decreto 829/2003, de 27 de junio, por el que se establecen las enseñanzas comunes de la Educación Infantil:

Sí deseo que mi hijo/a reciba enseñanza de Religión

No deseo que reciba enseñanzas de Religión

Las Palmas de Gran Canaria a _____ de _____ de 2017.

Firmado : Padre/ Madre/ Tutor/a legal



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y
UNIVERSIDADES
CEIP ALCARAVANERAS
928232779 CP 35006
www.ceipalcaravaneras.es
35009905@gobiernodecanarias.org

ACEPTACION PLAZA CURSO 2017/2018

Don/dña _____, con NIF/NIE n°: _____ padre/madre/ tutor/ra legal del/la alumno/na _____, que ha obtenido plaza de cara al próximo curso escolar 2017/2018, en el nivel de _____, de Educación Infantil. acepta la plaza asignada, **aceptando con ello las normas por las que se rige el Centro y dando su consentimiento para poder matricular a su hijo/a en el curso para el cual fue admitido/a.**

Las Palmas de Gran Canaria a _____ de junio de 2017.

Fdo: _____