

SOLICITUD DE MATRÍCULA  
**PRIMER CURSO**  
 CICLOS FORMATIVOS

**CURSO ACADÉMICO**  
**2024/2025**

Nº EXPEDIENTE

**POR FAVOR RELLENA EL FORMULARIO CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA**
**DATOS DEL ALUMNO/A**

|   |  |                     |  |                                |  |   |  |
|---|--|---------------------|--|--------------------------------|--|---|--|
| APELLIDOS   |  | NOMBRE              |  | SEXO                           |  | <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer |  |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> PASAPORTE |  | FECHA DE NACIMIENTO |  | MUNICIPIO Y PAÍS DE NACIMIENTO |  |   |  |
| DIRECCIÓN   |  |                     |  | LOCALIDAD                      |  |   |  |
| COD. POSTAL   |  | PROVINCIA           |  | NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL        |  |   |  |
| TELÉFONO  |  | CORREO ELECTRÓNICO  |  |                                |  |   |  |

**DATOS FAMILIARES (SÓLO PARA MENORES DE 18)**

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| APELLIDOS Y NOMBRE TUTOR 1  |  | DATOS FAMILIARES (SÓLO PARA MENORES DE EDAD)     |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> PASAPORTE |  | TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA |  |  |  |  |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE TUTOR 2  |  | DATOS FAMILIARES (SÓLO PARA MENORES DE EDAD)     |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> PASAPORTE |  | TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA |  |  |  |  |  |

**MATRÍCULA CICLOS DE GRADO MEDIO**
**MATRÍCULA CICLOS DE GRADO SUPERIOR**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA_ TURNO MAÑANA | <input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS_ TURNO MAÑANA        |
| <input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA_ TURNO TARDE  | <input type="checkbox"/> HIGIENE BUCODENTAL_ TURNO MAÑANA                               |
| <input type="checkbox"/> EMERGENCIAS SANITARIAS_ TURNO MAÑANA            | <input type="checkbox"/> HIGIENE BUCODENTAL_ SEMIPRESENCIAL/TARDES                      |
| <input type="checkbox"/> EMERGENCIAS SANITARIAS_ SEMIPRESENCIAL/TARDES   | <input type="checkbox"/> IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR_ TURNO MAÑANA    |
| <input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA_ TURNO MAÑANA           | <input type="checkbox"/> IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MED. NUCL._ SEMIPRESENCIAL/TARDES |
| <input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA_ SEMIPRESENCIAL/TARDES  | <input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO_ TURNO MAÑANA                  |
|  | <input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO_ TURNO TARDE                   |

**FORMA DE ACCESO A GRADO MEDIO**
**FORMA DE ACCESO A GRADO SUPERIOR**

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> GRADUADO EN E.S.O. | <input type="checkbox"/> F.P. BÁSICA    | <input type="checkbox"/> BACHILLERATO (LOE-LOMCE) | <input type="checkbox"/> TÉCNICO F.P. DE GRADO MEDIO |
| <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ACCESO   | <input type="checkbox"/> OTROS ACCESOS: | <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ACCESO         | <input type="checkbox"/> OTROS ACCESOS:              |

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

|   |  |                      |  |
|---|--|----------------------|--|
| SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | ABONA SEGURO ESCOLAR | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> POR SER <b>MENOR DE 28 AÑOS</b><br><input type="checkbox"/> <b>EXENTO</b> POR SER <b>MAYOR DE 28 AÑOS</b> |
|---|--|----------------------|--|

**NO AUTORIZO** al Centro Integrado de Formación Profesional de Lorca a la utilización de los trabajos e imágenes personales realizados en diversas actividades escolares lectivas, extraescolares o complementarias organizadas por el centro durante el curso escolar en los medios de difusión que disponga (página web, revistas, exposiciones temporales, jornadas culturales, celebraciones escolares,...etc.) así como los datos personales a efectos de promoción del alumno en Bolsas de Trabajo.

El/La abajo firmante solicita la matrícula en el C.I.F.P. de Lorca, teniendo en cuenta que la misma es provisional hasta la comprobación de los datos y documentación aportados.

**NOTA:** LOS ALUMNOS SERÁN RESPONSABLES DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS APORTADOS.

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

 FIRMA DEL PADRE/ MADRE O TUTOR  
 (OBLIGATORIA PARA MENORES DE EDAD)

(Sello del centro)

## **DOCUMENTOS A PRESENTAR**

1. SOLICITUD DE **MATRÍCULA** CUMPLIMENTADA CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA
2. **ORIGINAL Y FOTOCOPIA** DEL TÍTULO O CERTIFICADO ACADÉMICO CON EL QUE HA ACCEDIDO  
AL CICLO FORMATIVO
3. FOTOCOPIA DEL **DNI**
4. FOTOCOPIA DEL **NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL**
5. **FOTOGRAFÍA** TAMAÑO CARNET CON EL DNI ESCRITO POR DETRÁS

### **SOLO LOS MENORES DE 28 AÑOS:**

6. RESGUARDO DEL ABONO DEL **SEGURO ESCOLAR**.

HAY QUE HACER UNA TRANSFERENCIA DE **1,12€** A LA CUENTA DEL CENTRO:

**ES84 2100 8148 1613 0009 4519**

DESTINATARIO: **CIFP LORCA**

CONCEPTO: **NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A**

## **AQUELLOS QUE QUIERAN SOLICITAR CONVALIDACIÓN DE ALGÚN MÓDULO DEBEN PRESENTAR:**

1. **SOLICITUD** DE CONVALIDACIÓN
2. **ORIGINAL Y FOTOCOPIA** DEL **CERTIFICADO ACADÉMICO** DONDE APAREZCA LA NOTA DE LOS MÓDULOS QUE SE QUIERAN ALEGAR PARA CONVALIDAR
3. **ORIGINAL Y FOTOCOPIA** DEL CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD (EN SU CASO)
4. **ORIGINAL Y FOTOCOPIA** DEL CERTIFICADO INGLÉS B1/B2 (EN SU CASO)