

SOLICITUD DE MATRÍCULA
PRIMER CURSO
 CICLOS FORMATIVOS

CURSO ACADÉMICO
2024/2025
POR FAVOR RELLENA EL FORMULARIO CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA
DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS		NOMBRE		SEXO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	FECHA DE NACIMIENTO	MUNICIPIO Y PAÍS DE NACIMIENTO			
<input type="checkbox"/> PASAPORTE					
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		TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA			
<input type="checkbox"/> PASAPORTE					
APELLIDOS Y NOMBRE TUTOR 2		DATOS FAMILIARES (SÓLO PARA MENORES DE EDAD)			
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA			
<input type="checkbox"/> PASAPORTE					

MATRÍCULA CICLOS DE GRADO MEDIO
MATRÍCULA CICLOS DE GRADO SUPERIOR

<input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA_ TURNO TARDE
<input type="checkbox"/> EMERGENCIAS SANITARIAS _ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> EMERGENCIAS SANITARIAS _ SEMIPRESENCIAL/TARDES
<input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA _ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA _ SEMIPRESENCIAL/TARDES

<input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCODENTAL_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCODENTAL_ SEMIPRESENCIAL/TARDES
<input type="checkbox"/> IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MED. NUCL._ SEMIPRESENCIAL/TARDES
<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO_ TURNO TARDE

 ➤ En el caso de solicitar **CONVALIDACIÓN** de algún módulo debe presentar la **solicitud** en el momento de la matriculación.

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 <input type="checkbox"/> NO	ABONA SEGURO ESCOLAR	<input type="checkbox"/> SI POR SER MENOR DE 28 AÑOS <input type="checkbox"/> EXENTO POR SER MAYOR DE 28 AÑOS
---	--	----------------------	--

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.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)