

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 <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 <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 <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"/> 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"/> PRUEBA DE ACCESO <input type="checkbox"/> OTROS ACCESOS: _____	<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: _____

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 CFP 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)