

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 <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"/> 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 <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 CIFP 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 ACCEDIÓ
AL CICLO FORMATIVO
3. FOTOCOPIA DEL **DNI**
4. NÚMERO DE 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. **CERTIFICADO ACADÉMICO** DONDE APAREZCA LA NOTA DE LOS MÓDULOS QUE SE QUIERAN ALEGAR PARA CONVALIDAR
3. CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD (EN SU CASO)
4. CERTIFICADO INGLÉS B1/B2 (EN SU CASO)