



GRUPO

SICE

TEMIRA

CURSO ACADÉMICO

EXPEDIENTE Nº

| | | | |
|--------|-------------|-------------|--------|
| ALUMNO | 1º Apellido | 2º Apellido | Nombre |
|--------|-------------|-------------|--------|

DATOS ACADÉMICOS

Centro de procedencia Localidad

Modalidad

Desea cambiar de modalidad **SÍ** **NO**

Nueva Modalidad

ASIGNATURAS DE MODALIDAD CURSADAS EL AÑO ANTERIOR

ASIGNATURAS EN QUE SOLICITA MATRICULARSE

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DESEA RENUNCIAR AL APROBADO EN ALGUNA MATERIA DE 2º DE BACHILLERATO PREVIAMENTE SUPERADA

SÍ **NO**

Indique la/s en el cuadro inferior y solicite en Secretaría del centro el impreso de renuncia (Anexo I)

Los abajo firmantes autorizan a su hij@ a participar en todas la actividades complementarias de un solo día previstas en la Programación general del curso que se realizarán en horario lectivo fuera del centro escolar (exposiciones, museos, conciertos, excursiones, etc.).

Asimismo aceptan las normas de obligado cumplimiento en el IES Carlos Bousoño recogidas en su Reglamento de Régimen Interno.

Esta solicitud de matrícula debe ser firmada por ambos padres o tutores. Si falta la firma de uno de ellos y no se justifica documentalmente dicha falta, el otro deberá firmar la "Declaración Jurada de Matrícula" por la que asume cualquier responsabilidad ante la falta de dicha firma. Esta declaración le será presentada por el personal de Secretaría del Centro al hacer entrega del formulario de matrícula.

NO SE RECOGERÁ NINGUNA SOLICITUD QUE NO CUMPLA ALGUNO DE ESTOS DOS REQUISITOS INDISPENSABLES.

Los alumnos mayores de edad, en su caso, **ADJUNTARÁN EL ACUERDO ESCRITO CON SUS PADRES**, en el que figure expresamente que no quieren ser informados ni recibir notificaciones académicas y disciplinarias de sus hijos.

En Majadahonda, a ____ de _____ de _____

Firma del padre o Tutor

Firma de la Madre o Tutora

Firma del Alumno



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Comunidad de Madrid

I.E.S. CARLOS BOUSOÑO

2º BACHILLERATO

ASIGNATURAS SUELTAS

GRUPO

COPIA

SICE

TEMIRA

CURSO ACADÉMICO

EXPEDIENTE Nº

| | | | |
|--------|-------------|-------------|--------|
| ALUMNO | 1º Apellido | 2º Apellido | Nombre |
|--------|-------------|-------------|--------|

DATOS ACADÉMICOS

Centro de procedencia Localidad

Modalidad

Desea cambiar de modalidad **SÍ** **NO**

Nueva Modalidad

ASIGNATURAS DE MODALIDAD CURSADAS EL AÑO ANTERIOR

ASIGNATURAS EN QUE SOLICITA MATRICULARSE

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

DESEA RENUNCIAR AL APROBADO EN ALGUNA MATERIA DE 2º DE BACHILLERATO PREVIAMENTE SUPERADA

SÍ **NO**

Indique la/s en el cuadro inferior y solicite en Secretaría del centro el impreso de renuncia (Anexo I)

Los abajo firmantes autorizan a su hij@ a participar en todas la actividades complementarias de un solo día previstas en la Programación general del curso que se realizarán en horario lectivo fuera del centro escolar (exposiciones, museos, conciertos, excursiones, etc.).

Asimismo aceptan las normas de obligado cumplimiento en el IES Carlos Bousoño recogidas en su Reglamento de Régimen Interno.

Esta solicitud de matrícula debe ser firmada por ambos padres o tutores. Si falta la firma de uno de ellos y no se justifica documentalmente dicha falta, el otro deberá firmar la "Declaración Jurada de Matrícula" por la que asume cualquier responsabilidad ante la falta de dicha firma. Esta declaración le será presentada por el personal de Secretaría del Centro al hacer entrega del formulario de matrícula.

NO SE RECOGERÁ NINGUNA SOLICITUD QUE NO CUMPLA ALGUNO DE ESTOS DOS REQUISITOS INDISPENSABLES.

Los alumnos mayores de edad, en su caso, **ADJUNTARÁN EL ACUERDO ESCRITO CON SUS PADRES**, en el que figure expresamente que no quieren ser informados ni recibir notificaciones académicas y disciplinarias de sus hijos.

En Majadahonda, a ____ de _____ de _____

Firma del padre o Tutor

Firma de la Madre o Tutora

Firma del Alumno



2º BACHILLERATO

ASIGNATURAS SUELTAS

EXPEDIENTE Nº

NIA

FOTO
PEGAR,
NO GRAPAR

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|-------------------|---|---|---|--|
| 1er. APELLIDO | | 2º APELLIDO | | NOMBRE | |
| DNI <input type="checkbox"/> | Nº DE DOCUMENTO | | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL ⁽¹⁾ |
| NIE <input type="checkbox"/> | | | | | |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> | | | | | |
| DOMICILIO | | CALLE, PLAZA, AVENIDA | | Nº PORTAL PISO | |
| C.P. | | LOCALIDAD | | TELÉFONO MÓVIL DEL ALUMNO | |
| | | | | CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO | |
| DIRECCIÓN DEL PADRE <input type="checkbox"/> | | MADRE <input type="checkbox"/> | | O TUTOR <input type="checkbox"/> | |
| QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN DOFICIAL DEL ALUMNO | | | | | |
| D/Dña | | LUGAR DE NACIMIENTO DEL ALUMNO | | | |
| DIRECCIÓN | | C.POSTAL | | Municipio | |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | | Provincia | |
| | | | | País | |
| TELEFÓNOS | | FLUJO | | MÓVIL | |
| | | | | OTRO | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
| PADRE TUTOR (Rellene todas las casillas) | | | MADRE TUTORA (Rellene todas las casillas) | | |
| Padre o Tutor | | | Madre o Tutora | | |
| DNI <input type="checkbox"/> | Nº | Fecha Nacimiento | DNI <input type="checkbox"/> | Nº | Fecha Nacimiento |
| NIE <input type="checkbox"/> | | | NIE <input type="checkbox"/> | | |
| Pasaporte <input type="checkbox"/> | | | Pasaporte <input type="checkbox"/> | | |
| Nacionalidad | Nivel de estudios | | Nacionalidad | Nivel de estudios | |
| Profesión | Situación laboral | | Profesión | Situación laboral | |
| Móvil | Teléfono trabajo | | Móvil | Teléfono trabajo | |
| Correo electrónico | | | Correo electrónico | | |
| FAMILIA NUMEROSA SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | CLASE: GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> | | Nº TÍTULO | |
| | | | | HNOS EN EL CENTRO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Nº HNOS EN EL CENTRO | |
| Comunidad Autónoma de expedición | | Fecha de expedición | | Fecha de Caducidad | |

| | | | |
|--|-------|---|---|
| AUTORIZO EL ENVÍO DE INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS O SMS A LOS TELÉFONOS QUE FACILITO | | MÓVIL (SMS) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | EMAIL SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | MADRE | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | PADRE | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Autorizo la exposición y difusión por parte del IES Carlos Bousoño de trabajos del alumno/a, fotos, vídeos y datos del mismo/a relativos a la actividad académica en el instituto y en la actividades extraescolares y deportivas, en las publicaciones propias del centro (revista escolar, folletos, agenda escolar, página web oficial del instituto, etc.) que con carácter informativo, divulgativo y /o docente realice el centro dentro de su actividad educativa.

SÍ NO

DATOS MÉDICOS QUE EL CENTRO DEBA CONOCER SOBRE EL ALUMNO (ALERGIAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS A SEGUIR EN SITUACIONES CONCRETAS, ETC.)

(1) El alumno indicará su número de afiliación a la Seguridad Social o de la persona de la cual depende:

Los datos que se recogen, se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin para el que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier consulta relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.