

SOLICITUD DE MATRICULA - CICLO LECTIVO 2014

PARAAÑO - SALA -TURNO:

FECHA:...../...../.....

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDO:.....

D.N.I. Nº:..... EDAD:años Lugar y Fecha de Nacimiento:.....

DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....

TELÉFONOS (para llamar en caso de urgencia):.....

ESCUELA DE LA QUE PROCEDE:.....

¿REPITIÓ ALGÚN GRADO O AÑO? ¿CUÁL?..... ¿EN QUÉ AÑO?.....

¿NECESITA ATENCIÓN ESPECIAL POR ENFERMEDAD?

BAUTIZADO/A: Fecha:..... LUGAR:.....

1ª COMUNIÓN: Fecha:..... LUGAR:.....

SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICO: SI/NO ¿CUAL?

OBRA SOCIAL: SI/NO ¿CUÁL? Nº AFILIADO:.....

DATOS DEL PADRE, TUTOR O ENCARGADO

NOMBRE Y APELLIDO:..... NACIONALIDAD:.....

D.N.I. Nº:..... E-MAIL:.....

DOMICILIO..... TELÉFONO:.....

ÚLTIMOS ESTUDIOS CURSADOS:..... COMPLETOS:.....

OCUPACIÓN: EMPLEADO. ¿DÓNDE?.....

INDEPENDIENTE. ¿EN QUÉ?.....

PROFESIONAL - TIPO:.....

DATOS DE LA MADRE, TUTORA O ENCARGADA

NOMBRE Y APELLIDO: NACIONALIDAD:.....

D.N.I. N °E-MAIL.....

DOMICILIO:..... TELÉFONO:.....

ÚLTIMOS ESTUDIOS CURSADOS:..... COMPLETOS.....

OCUPACIÓN: EMPLEADO. ¿DONDE?.....

INDEPENDIENTE. ¿EN QUÉ?.....

PROFESIONAL - TIPO:.....

HERMANOS

..... EDAD:..... CURSO:..... ESCUELA:.....

..... EDAD:..... CURSO:..... ESCUELA:.....

..... EDAD:..... CURSO:..... ESCUELA:.....

..... EDAD:..... CURSO:..... ESCUELA:.....

.....
FIRMA PADRE

.....
FIRMA MADRE

P/D: La inscripción será definitiva con el pago de la matrícula que deberá abonarse en los agentes de recaudación Pago Fácil o RapiPago.

AUTORIZO AL EQUIPO DE CONDUCCIÓN A:

- 1. PROCEDER ANTE UNA EMERGENCIA QUE AFECTE A LA SALUD Y/O SEGURIDAD DE MI HIJO/A, EN EL CASO DE NO PODERSE COMUNICAR CON NOSOTROS (PADRES, TUTORES).**
- 2. COMUNICARSE EN ALGUNAS OCASIONES A TRAVÉS DE MENSAJES DE TEXTO Y/ O MAILS.**

.....
FIRMA PADRE

.....
FIRMA MADRE

D.N.I. Nº D.N.I. Nº