



## MATRÍCULA CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR CURSO 20\_\_/20\_\_:

FOTO CARNET

### CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE MATRICULA:

1er Curso completo

2º Curso completo

2º Curso + Módulos Pendientes 1er Curso\*

Otros Módulos pendientes\*

\*Indicar módulos pendientes en los que se matricula:

### DATOS PERSONALES ALUMNO/A

Nº EXPEDIENTE:

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO

Apellidos		Nombre		D.N.I./N.I.E
Fecha de nacimiento	Población nacimiento	Provincia (solo nacidos España)	País	Nacionalidad
Dirección		Localidad	CP	Provincia
Teléfonos		Correo electrónico válido para notificaciones por el centro:		

(Mayores de Edad) Autorizo la información a mis padres/tutores sobre mis datos académicos:  Sí  No

### DATOS PADRE/MADRE/TUTORES

Nombre y apellidos Tutor 1		DNI/N.I.E	Teléfono
Dirección	CP	Localidad	Correo Electrónico
Nombre y apellidos Tutor 2		DNI/N.I.E	Teléfono
Dirección	CP	Localidad	Correo Electrónico

### OTROS DATOS:

¿Está exento del pago de Seguro Escolar?  Sí /  No (están exentos quienes hayan cumplido 28 años)

FORMA DE ACCESO:  Bachillerato  Grado Medio  Prueba de acceso  Otros \_\_\_\_\_

Se matricula en este centro por 1ª vez:  SI  NO

Repite curso:  SI  NO

Centro procedencia: \_\_\_\_\_

### Documentación que se acompaña: (A cumplimentar por el centro)

- Resguardo Seguro Escolar
- Resguardo de Abono de Matrícula
- Foto con nombre y apellidos escrito reverso
- Documentación Académica de Acceso

### PAGO PRECIO PÚBLICO (Sólo Grado Superior)

- Familia Num. General
- Familia Num. Especial (Exento Pago)

#### Matrícula curso completo

- Pago Fraccionado
- NO Importe pagado 030 \_\_\_\_\_ €
  - SI { Importe pagado 030 \_\_\_\_\_ €
  - SI { Importe aplazado \_\_\_\_\_ €

#### Repetición Módulo P. - Indicar Nº Módulos \_\_\_\_\_

- Pago Fraccionado
- NO Importe pagado 030 \_\_\_\_\_ €
  - SI { Importe pagado 030 \_\_\_\_\_ €
  - SI { Importe aplazado \_\_\_\_\_ €

A cumplimentar por secretaria

Quedo enterado de que esta inscripción está condicionada a la comprobación de requisitos de acceso y datos personales, de cuyo cumplimiento y veracidad me responsabilizo. Conozco la modalidad, duración y características del ciclo formativo.

Las Rozas de Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

(Sello del Centro)

(firmas TUTORES si alumno es menor de edad)

(firma ALUMNO/A si mayor de edad)