



## FICHA DE NUEVO INGRESO

### DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos del **alumno/a**: \_\_\_\_\_

DNI / TR del alumno/a: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del **padre/tutor**: \_\_\_\_\_

DNI / TR: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la **madre/tutora**: \_\_\_\_\_

DNI / TR: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Situación Familiar:

|                |           |         |
|----------------|-----------|---------|
| CASADOS/PAREJA | VIUDO/A   | TUTORÍA |
| SEPARADOS      | SOLTERO/A |         |

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa el alumno que matricula: \_\_\_\_\_

Nombre de los **hijos/as que están matriculados/as en el CEIP VELÁZQUEZ** y cursos en los que están:

| Nombre y apellidos | Curso |
|--------------------|-------|
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

¿Qué estudios realizó el **padre**?

¿Qué estudios realizó la **madre**?

|                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| Ninguno                  |  | Ninguno                  |  |
| Primarios                |  | Primarios                |  |
| Graduado Escolar/ESO/FP1 |  | Graduado Escolar/ESO/FP1 |  |
| FP Grado Superior        |  | FP Grado Superior        |  |
| Universitario Medio      |  | Universitario Medio      |  |
| Universitario Superior   |  | Universitario Superior   |  |

Situación laboral del **padre**

Situación laboral de la **madre**

|                                      |  |                                       |  |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Negocio propio/Autónomo              |  | Negocio propio/Autónoma               |  |
| Trabajador por cuenta ajena/Empleado |  | Trabajadora por cuenta ajena/Empleada |  |
| Funcionario                          |  | Funcionaria                           |  |
| En paro                              |  | En paro                               |  |
| Jubilado                             |  | Jubilada                              |  |
| Tareas de casa                       |  | Tareas de casa                        |  |



¿Qué idiomas se hablan casa?

|            |                          |          |                          |       |                          |               |                          |
|------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Castellano | <input type="checkbox"/> | Tamazigh | <input type="checkbox"/> | Ambos | <input type="checkbox"/> | Otros (_____) | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|

### **DATOS MÉDICOS**

Entidad Seguro Médico (ISFAS, MUFACE, SEG.SOC. ...) \_\_\_\_\_

Nº de Asegurado: \_\_\_\_\_

|                               |    |                          |    |                          |        |       |
|-------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------|-------|
| Alergias conocidas            | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | _____ |
| Enfermedades crónicas         | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | _____ |
| Intervenciones quirúrgicas    | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | _____ |
| Toma alguna medicación        | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | _____ |
| Requiere cuidados específicos | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | _____ |

### **AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a salga con sus compañeros y profesores fuera del Centro para la realización de salidas, visitas y excursiones **SÍ**  **NO**

### **AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN IMÁGENES**

Doy mi consentimiento al colegio para que recoja imágenes de mi hijo/a durante actividades docentes programadas y difundirlas en murales interiores del centro, reportajes/noticias puntuales en prensa o TV, canal youtube y página web centro. **SÍ**  **NO**

### **RELIGIÓN**

Deseo que mi hijo/a reciba clases de Religión:

Ninguna

Católica

Islámica

### **DATOS DEL CENTRO ACADÉMICO DE PROCEDENCIA (Rellenar solo en casos de traslado de otro centro)**

Nombre del Colegio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Melilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma del padre, madre o tutor/a