



FICHA DE INGRESO

1. DATOS FAMILIARES

- Nombre y apellidos del **alumno/a**: _____
- D.N.I. / T.R. del alumno: _____ Sexo: _____
- Fecha de nac.: _____ Lugar: _____ Provincia: _____ País: _____
- Nombre y apellidos del **padre/tutor**: _____
- D.N.I. / T.R. del padre/tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre y apellidos de la **madre/tutora**: _____
- D.N.I. / T.R. de la madre/tutora _____ Fecha de nacimiento: _____
- DIRECCIÓN:** _____
- TELÉFONOS:** _____ **E-MAIL:** _____

SITUACIÓN FAMILIAR

 CASADOS
 SEPARADOS

 VIUDO/A
 MADRE/PADRE SOLTERO/A

 TUTOR/A

- Número de hijos: _____ Lugar que ocupa el alumno que matricula: _____
- Nombre de los hijos **que están matriculados en el C.E.I.P. Velázquez** y cursos en los que están:

Nombre y apellidos	Curso

- Si tienen otros hijos que **no asisten** al C.E.I.P. Velázquez ponga su nombre, edad y situación actual (estudia en otro centro, está en el paro, trabaja, otros...)

Nombre y apellidos	Edad	Situación actual

¿Qué estudios realizó **el padre**?

- Ninguno
 Primarios
 Graduado Escolar / E.S.O. / F.P. 1
 Técnico F.P. de Grado Superior
 Universitario Medio (Diplomatura)
 Universitario Superior (Licenciatura)

¿Qué estudios realizó **la madre**?

- Ninguno
 Primarios
 Graduado Escolar / E.S.O. / F.P. 1
 Técnico F.P. de Grado Superior
 Universitario Medio (Diplomatura)
 Universitario Superior (Licenciatura)



Situación laboral del padre?

- Trabaja en un negocio propio
 Trabaja como empleado
 Funcionario
 En paro
 Jubilado
 Trabaja solamente haciendo las tareas de la casa

Situación laboral de la madre?

- Trabaja en un negocio propio
 Trabaja como empleado
 Funcionario
 En paro
 Jubilado
 Trabaja solamente haciendo las tareas de la casa

- ¿Qué idiomas se hablan en casa?

Castellano
 Tamazigh
 Ambos
 Otros _____

2. DATOS MÉDICOS

- Entidad Seguro Médico (ISFAS, MUFACE, S.S....) _____
- Nº de Asegurado: _____
- ALERGIAS CONOCIDAS: SI NO - ¿CUÁL? _____
- ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI NO - ¿CUÁL? _____
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SI NO - ¿CUÁL? _____
- TOMA ALGUNA MEDICACIÓN: SI NO - ¿CUÁL? _____
- REQUIERE CUIDADO ESPECÍFICO SI NO - ¿CUÁL? _____

3. AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a salga con sus compañeros y profesores fuera del Centro para la realización de visitas, paseos y actividades programadas. S NO

4. AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN DE IMÁGENES EN WEB OFICIAL DEL COLEGIO

Doy mi consentimiento al colegio para que recoja imágenes de mi hijo/a durante las actividades docentes programadas con carácter pedagógico y difundirlas en la página web oficial del centro (<http://centros4.pntic.mec.es/cp.velazquez1/>). S NO

5. RELIGIÓN

Deseo que mi hijo/a reciba clases de Religión:

Católica
 Islámica
 Evangélica
 Ninguna

6. DATOS ACADÉMICOS (Rellenar solo en casos de traslado)

Datos del centro de procedencia:

- Colegio: _____
- Dirección: _____
- Localidad: _____ Teléfono: _____ e-mail: _____

Melilla, a _____ de _____ del 20 _____

Firma del padre, madre o tutor