

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Devolver debidamente cumplimentado

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento : _____ Lugar: _____ D.N.I. _____
Deportes y aficiones _____

DATOS MÉDICOS

¿Es su hijo/a alérgico a algún medicamento? SI NO ¿A cuál? _____
¿Es su hijo/a alérgico a algún alimento? SI NO ¿A cuál? _____
¿Debe de tomar algún medicamento? SI NO ¿Cuál? _____
Observaciones _____

DATOS DEL / PADRE / MADRE / TUTOR

Nombre del padre: _____ Profesión: _____
Nombre de la madre: _____ Profesión: _____
Domicilio _____ Teléfono: _____
Código Postal: _____ Localidad _____ Provincia: _____
Dirección y teléfonos de contacto durante el curso: _____

DATOS A CADÉMICOS

Curso de Inter nado en que se matricula _____
Nombre del Centro donde cursa estudios _____

Asignaturas suspensas:

1^a _____ 2^a _____ 3^a _____ 4^a _____
5^a _____ 6^a _____ 7^a _____ 8^a _____

¿Ha repetido curso? _____ ¿Cuál? _____ ¿Cuántas horas dedica diariamente al estudio y tareas escolares fuera del Colegio-Instituto? _____

¿Qué estudios piensa realizar después de este curso? _____

¿Cómo le resulta el estudio a su hijo? _____

Manifiesta que su hijo/a no padece enfermedad física o psíquica que le impida la convivencia o que pueda suponer un riesgo para las actividades extraescolares que programe el Centro .

En _____ a _____ de _____ del 2.0__

Firma del interesado

Firma del Padre, Madre o Tutor

