

**DATOS PERSONALES** ¿Ha cambiado alguno de sus datos como domicilio o teléfono?  SÍ  NO

NIA

**IMPORTANTE: ES OBLIGATORIO QUE EL ALUMNO TENGA NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA REALIZAR LA FASE DE FORMACIÓN EN LA EMPRESA**

**DATOS DEL ALUMNO**

NIA  Nombre  1º Apellido  2º Apellido

DNI  NIE  PASS  Nº de documento  Nacionalidad  Nº de Usuario de la Seguridad Social (NUSS)

Nº de hermanos:  lugar que ocupa

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

Fecha Nacimiento  Sexo: Hombre  Mujer   
País  Provincia  Municipio  Localidad

**DOMICILIO DEL ALUMNO** Alumno emancipado: SÍ  NO

Provincia  Municipio  Localidad   
C/Avda./Pza.  Nº  Portal  Esc.  Piso  Letra  C.P.  Otros datos del domicilio   
Teléfono  **TELÉFONO DE URGENCIAS**  Correo electrónico

Tipo de FN: General  Especial  Nº de título  Fecha caducidad

**DATOS DEL TUTOR 1** DNI  NIE  PASS  Nº de documento  Sexo: Hombre  Mujer  Fecha Nacimiento

1º Apellido  2º Apellido  Nombre   
Teléfono móvil Tutor 1  Teléfono de Urgencias Tutor 1  Correo-e Tutor 1

¿VIVE EN EL DOMICILIO DEL ALUMNO?: SÍ  NO  En caso negativo rellene, por favor, las siguientes casillas relativas a su domicilio.

País  Provincia  Municipio  Localidad   
C/Avda./Pza.  Nº  Portal  Esc.  Piso  Letra  C.P.  Otros datos del domicilio

**DATOS DEL TUTOR 2** DNI  NIE  PASS  Nº de documento  Sexo: Hombre  Mujer  Fecha Nacimiento

1º Apellido  2º Apellido  Nombre   
Teléfono móvil Tutor 2  Teléfono de Urgencias Tutor 2  Correo-e Tutor 2

¿VIVE EN EL DOMICILIO DEL ALUMNO?: SÍ  NO  En caso negativo rellene, por favor, las siguientes casillas relativas a su domicilio.

País  Provincia  Municipio  Localidad   
C/Avda./Pza.  Nº  Portal  Esc.  Piso  Letra  C.P.  Otros datos del domicilio

**AUTORIZACIONES: En caso de no autorizar, por favor, marcar el NO.**

Autorizo la exposición y difusión por parte de IES Los Olivos de trabajos del alumno/a, así como fotos y vídeos del mismo/a relativos a la actividad académica en el instituto, en actividades extraescolares, deportivas y en las publicaciones propias del centro, (revista escolar, folletos, agenda escolar, página web oficial del instituto, etc.) que con carácter informativo, divulgativo y/o docente realice el Centro dentro de su actividad educativa.  NO

Autorizo al IES Los Olivos, a sus profesores y personal, a mantener con mi hijo/a la correspondencia electrónica oficial que, con carácter informativo y docente, sea necesaria para el desarrollo de las actividades escolares, extraescolares y complementarias.  NO

Autorizo a mi hijo/a a participar en todas las actividades extraescolares que se realicen en el entorno cercano del Centro.  NO

Autorizo al personal del IES Los Olivos a trasladar a mi hijo/a a un centro sanitario en caso de urgencia, así como a que se lleven a cabo aquellas actuaciones sanitarias que el personal sanitario considere necesarias.  NO

Autorizo al uso de aplicaciones informáticas para uso pedagógico y didáctico.  NO

Solicitud de matrícula modelo 2026-2027

# CICLO FORMATIVO DE GRADO BÁSICO

IES Los Olivos

CURSO 1º  2º

AÑO ACADÉMICO

Alumno nuevo en el Centro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Último Curso cursado	<input type="checkbox"/> 1º FPB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2º FPB <input type="checkbox"/>
Centro donde cursó estudios el curso pasado	<input type="text"/>		
Ha repetido en Secundaria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indicar Curso/s	<input type="text"/>
Repetió en Primaria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indicar Curso/s	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Apellido	2º Apellido	Nombre

## DATOS ACADÉMICOS

**SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**  
 **ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA**

Repite	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Centro de procedencia	<input type="text"/>
<b>MÓDULOS QUE REPITE</b>			
1 _____			
2 _____			
3 _____			
4 _____			
5 _____			
<input type="checkbox"/> AUTORIZO LA CESIÓN DE MIS DATOS CON LA FINALIDAD DE INSERCIÓN LABORAL			

Autorizo a que mi hijo/a pueda salir del Centro las últimas horas en caso de que el profesor titular de esas horas haya faltado **SÍ**  **NO**

Autorizo a que mi hijo/a mayor de 16 años pueda salir del Centro sin acompañante para asistir al médico o por enfermedad. Previa llamada del Centro a la familia para avisar. **SÍ**  **NO**

Autorizo a que mi hijo/a pueda salir del Centro a 3ª hora en caso de que el profesor titular haya faltado **SÍ**  **NO**

**IMPORTANTE: AL FORMALIZAR LA MATRÍCULA, EL ALUMNO Y SU FAMILIA CONOCEN Y ACEPTAN EL PLAN DE CONVIVENCIA Y LAS NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO**

Para los alumnos menores de 18 años, es imprescindible que la matrícula esté firmada por ambos progenitores del alumno/a, salvo en casos de viudedad, familias monoparentales o de la pérdida de la Patria Potestad por parte de uno de ellos (este caso debe ser documentado)

Hemos leído y comprendido los términos relativos a la política de privacidad en centros docentes públicos de la Comunidad de Madrid que figuran en el documento impreso detrás del cuadernillo.

En Mejorada del Campo, a

Firma del Primer tutor

Firma del Segundo tutor

Firma del alumno