

SOLICITUD DE MATRÍCULA  
**PRIMER CURSO**  
 CICLOS FORMATIVOS

**CURSO ACADÉMICO**  
**2024/2025**
**REPETIDOR/A**

Nº EXPEDIENTE:

**POR FAVOR RELLENA EL FORMULARIO CON LETRA MAYÚSCULA Y CLARA**
**DATOS DEL ALUMNO/A**

APELLIDOS				NOMBRE			SEXO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO			MUNICIPIO Y PAÍS DE NACIMIENTO				
DIRECCIÓN								
COD. POSTAL	PROVINCIA			NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL				
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO						

**DATOS FAMILIARES (SÓLO PARA MENORES DE EDAD)**

APELLIDOS Y NOMBRE TUTOR 1	(SÓLO PARA MENORES DE EDAD)		
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA		
APELLIDOS Y NOMBRE TUTOR 2	(SÓLO PARA MENORES DE EDAD)		
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA		

**MATRÍCULA CICLOS DE GRADO MEDIO**
**MATRÍCULA CICLOS DE GRADO SUPERIOR**

<input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA_ TURNO MAÑANA	<input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA_ TURNO TARDE	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCODENTAL_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> EMERGENCIAS SANITARIAS_ TURNO MAÑANA	<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCODENTAL_ SEMIPRESENCIAL/TARDES
<input type="checkbox"/> EMERGENCIAS SANITARIAS_ SEMIPRESENCIAL/TARDES	<input type="checkbox"/> IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR_ TURNO TARDE
<input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA_ TURNO MAÑANA	<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO_ TURNO MAÑANA
<input type="checkbox"/> FARMACIA Y PARAFARMACIA_ SEMIPRESENCIAL/TARDES	<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO_ TURNO TARDE

**MÓDULOS PENDIENTES:**

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

<b>ABONA SEGURO ESCOLAR</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> POR SER <b>MENOR DE 28 AÑOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>EXENTO</b> POR SER <b>MAYOR DE 28 AÑOS</b>
-----------------------------	--	--

**NO AUTORIZO** al Centro Integrado de Formación Profesional de Lorca a la utilización de los trabajos e imágenes personales realizados en diversas actividades escolares lectivas, extraescolares o complementarias organizadas por el centro durante el curso escolar en los medios de difusión que disponga (página web, revistas, exposiciones temporales, jornadas culturales, celebraciones escolares,...etc.) así como los datos personales a efectos de promoción del alumno en Bolsas de Trabajo.

El/La abajo firmante solicita la matrícula en el C.F.P. de Lorca, teniendo en cuenta que la misma es provisional hasta la comprobación de los datos y documentación aportados.

**NOTA:** LOS ALUMNOS SERÁN RESPONSABLES DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS PERSONALES APORTADOS.

Lorca, a \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SOLICITANTE**
**FIRMA DEL PADRE/ MADRE O TUTOR**  
**(OBLIGATORIA PARA MENORES DE EDAD)**

(Sello del centro)