

SOLICITUD DE MATRÍCULA  
**FCT**  
CICLOS FORMATIVOS

**CURSO ACADÉMICO**  
**2020/2021**

Nº EXPEDIENTE

**DATOS DEL ALUMNO/A**

APELLIDOS		NOMBRE		SEXO	H	M
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD			
<input type="checkbox"/> PASAPORTE						
DIRECCIÓN	Nº	PISO	PTA.	LOCALIDAD		
CÓD. POSTAL	PROVINCIA	N.U.S.S				
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO)					

**(SÓLO PARA MENORES DE EDAD)**

**DATOS FAMILIARES**

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE						
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA					
<input type="checkbox"/> PASAPORTE						
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA MADRE						
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	TELÉFONO PARA COMUNICAR LAS FALTAS DE ASISTENCIA					
<input type="checkbox"/> PASAPORTE						

**MATRÍCULA DE FCT (CICLOS DE GRADO MEDIO)**

**MATRÍCULA DE FCT (CICLOS DE GRADO SUPERIOR)**

<input type="checkbox"/>	CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA – MAÑANAS
<input type="checkbox"/>	CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA – TARDES
<input type="checkbox"/>	EMERGENCIAS SANITARIAS – PRESENCIAL/MAÑANAS
<input type="checkbox"/>	EMERGENCIAS SANITARIAS – DISTANCIA/ TARDES
<input type="checkbox"/>	FARMACIA Y PARAFARMACIA – PRESENCIAL/MAÑANAS
<input type="checkbox"/>	FARMACIA Y PARAFARMACIA – DISTANCIA/ TARDES

<input type="checkbox"/>	DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS
<input type="checkbox"/>	HIGIENE BUCODENTAL - MAÑANAS
<input type="checkbox"/>	LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO – MAÑANAS

En el caso de solicitar la EXENCIÓN debe cumplimentar el impreso de solicitud en el momento de solicitar matrícula.

FORMA DE ACCESO		FORMA DE ACCESO	
<input type="checkbox"/> GRADUADO EN E.S.O. (LOE-LOMCE)	<input type="checkbox"/> F.P. BÁSICA	<input type="checkbox"/> BACHILLERATO (LOE-LOMCE)	<input type="checkbox"/> CICLO DE GRADO MEDIO
<input type="checkbox"/> PRUEBA DE ACCESO	<input type="checkbox"/> OTROS ACCESOS: _____	<input type="checkbox"/> PRUEBA DE ACCESO	<input type="checkbox"/> OTROS ACCESOS: _____

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REPITE CURSO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ABONA SEGURO ESCOLAR	<input type="checkbox"/> SI POR SER MENOR DE 28 AÑOS <input type="checkbox"/> EXENTO POR SER MAYOR DE 28 AÑOS
---	--	--------------	--	----------------------	--

**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 CIFP 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 \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL PADRE Y LA MADRE O TUTORES LEGALES  
(OBLIGATORIA PARA MENORES DE EDAD)

(Sello del centro)

SR. DIRECTOR DEL C.I.F.P. DE LORCA