

SOLICITUD DE MATRÍCULA

PROGRAMA DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL

Datos del ALUMNO/A

Primer apellido	DNI/Pasaporte:
Segundo apellido	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M
Nombre	Fecha de Nacimiento: / /

Lugar de nacimiento:	Provincia:	
País:	Nacionalidad:	
Alumnos extranjeros:	Fecha de llegada a España:	1ª escolarización en España (año):

Dirección:	Localidad:		
Provincia:	Código Postal:	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:

¿Repite curso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene beca? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Socio APA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Viene por 1ª vez al centro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Centro de procedencia:	Localidad:

Datos FAMILIARES

Padre o tutor:	DNI/Pasaporte:
Madre o tutora:	DNI/Pasaporte:

Indíquese quién tiene la custodia legal PADRE MADRE ABUELOS OTROS

Indíquese si autoriza la transmisión de información sobre el alumno/a a su expareja SI NO

ASIGNATURAS EN LAS QUE SE MATRICULA

Recepción y despacho de trabajos de reprografía	X
Reproducción en equipos de reprografía	X
Operaciones de acabado en reprografía	X
Desarrollo personal y social	X
Formación emprendedora y laboral	X
Aprendizajes instrumentales	X
Formación en centros de trabajo	X

Documentación que acompaña:

1. _____
2. _____

Quedo enterado/a de que esta matrícula está condicionada a la comprobación de los datos declarados, de cuya veracidad me responsabilizo.

Zaragoza, a ____ de _____ de ____
(firma)

Fdo: _____

El/la alumno/a ha quedado matriculado en el curso indicado.

Zaragoza, a ____ de _____ de ____
 EL/LA FUNCIONARIO/A

Sello
 del
 Centro