



FULL MATRÍCULA I DADES GENERALS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vela amb aparell fix | <input type="checkbox"/> Cicle inicial | <input type="checkbox"/> Bloc comú |
| <input type="checkbox"/> Vela amb aparell lliure | <input type="checkbox"/> Cicle final | <input type="checkbox"/> Bloc específic |
| <input type="checkbox"/> Busseig esportiu amb escafandre autònom | | |
| <input type="checkbox"/> <i>Altra modalitat</i> _____ | | |

DADES ALUMNE/A		TSI			NASS			
DNI			NIE			PASSAPORT		
1r COGNOM			2n COGNOM			NOM		
DATA NAIXEMENT			PAÍS NAIXEMENT			NACIONALITAT		
MUNICIPI NAIXEMENT			PROVINCIA NAIXEMENT			SEXE	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona
ADREÇA								
MUNICIPI			PROVÍNCIA			CP		
TEL. FIX			TEL. MÒBIL			CORREU ELECTRÒNIC		
<input type="checkbox"/> Família nombrosa	<input type="checkbox"/> Família monoparental	<input type="checkbox"/> Categoria general	<input type="checkbox"/> Categoria especial	Vigent fins el _____				

DADES	<input type="checkbox"/> PARE	<input type="checkbox"/> MARE	<input type="checkbox"/> ALTRES _____					
1r COGNOM			2n COGNOM			NOM		
DNI/NIE/PASS			CORREU ELECTRÒNIC					
TEL. FIX			TEL. MÒBIL			TEL. FEINA o ALTRES		
ADREÇA	<input type="checkbox"/> Mateixa que l'alumne/a <input type="checkbox"/> Diferent (<i>indiqueu-la tot seguit: carrer, núm., CP i població</i>)							

AL·LÈRGIES: No Sí Quines: _____

Si fos el cas, pren algun medicament i el porta a l'institut? No Sí Nom medicament _____

MALALTIA: No Sí Diabetis (*documentació per adjuntar*): Informe mèdic – [Annex 1](#) – [Annex 2](#) – [Informació protocol](#)

Altres _____ (*adjuntar Informe mèdic*)

Si fos el cas, pren algun medicament i el porta a l'institut? No Sí Nom medicament _____

DISCAPACITAT: Sí No Quin %: _____ Situacions socials i culturals desfavorides: Sí No

Requisit acadèmic	<input type="checkbox"/> ESO o equivalent <input type="checkbox"/> CAM <input type="checkbox"/> Batxillerat o equivalent <input type="checkbox"/> Títol CFPM <input type="checkbox"/> Títol CFPS <input type="checkbox"/> Llicenciatura Proves d'accés <input type="checkbox"/> CFGM <input type="checkbox"/> CFGS <input type="checkbox"/> Proves d'accés universitat 25 anys <input type="checkbox"/> Altres _____
Requisit esportiu	<input type="checkbox"/> Superació de la prova específica (<i>Data</i> _____) <input type="checkbox"/> Exempt (<i>Resolució data</i> _____)

CENTRE DE PROCEDÈNCIA			MUNICIPI			TELÈFON		
Anteriorment has cursat algun estudi a l'INS Serrallarga? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quin _____								
Últim estudi en el qual ha estat matriculat _____ Curs acadèmic de l'últim estudi matriculat _____								
Situació laboral en el moment de la matrícula <input type="checkbox"/> Treballa <input type="checkbox"/> No treballa								

Blanes, _____

Signatura del pare, mare o tutor legal i núm. DNI