

MATRICULACIÓ ESO CURS 2026-2027

DATES DE MATRICULACIÓ:

Del 25 al 29 de juny de 2026.

- Presencial amb cita prèvia. Demanar hora per telèfon (936546520).

HORARI:

Matins: De 8:50 a 12:50 hores

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR:

- **DOSSIER DE MATRÍCULA** (descarregar a la WEB del centre) OMLERT I SIGNAT.
- FOTOCÒPIA DEL DNI DE L'ALUMNE/A.
- FOTOCÒPIA DEL CARNET DE VACUNES DE L'ALUMNE/A.
- FOTOCÒPIA DE LA TARJETA SANITÀRIA
- CERTIFICAT DE QUALIFICACIONS DE L'ESO, (**NOMÈS ELS ALUMNES NOUS QUE ES MATRICULEN PER 2N, 3R I 4T D'ESO**).

Nom i Cognoms de l'alumne:	
DNI/NIE/PASSAPORT NÚM:	
Adreça:	

AUTORITZO:

Ús d'imatge:	SI	NO	(MARCAR UN DELS DOS)	
Autorització sortides d'un dia:	SI	NO	(MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Carta de compromís	SI	NO	(MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Ús recursos digitals a Internet (m)	SI	NO	(MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
IMPORTANT: L'alumne/a té alguna malaltia o afectació per realitzar l'assignatura de Educació Física? SI NO (MARCAR UN DELS DOS)				
ESCOLA/CENTRE DE PROCEDÈNCIA:				
OPTATIVES :			OPTATIVA DE CENTRE (Robòtica i optativa Educació Física) ☐ FRANCÈS ☐ ☐	
(MARCAR UNA DE LES DUES)				

TÉ CONNEXIÓ A INTERNET?	SI	NO	DE QUANTS DISPOSITIUS DISPOSEU A CASA (ORDINADORS, TAULETES):

NOM I COGNOSMS PARE/TUTOR			
TELÈFON PARE /TUTOR:		DNI/NIE o PASSAPORT núm:	
CORREU ELECTRÒNIC PARE /TUTOR			
NOM I COGNOMS MARE/TUTORA			
TELÈFON MARE /TUTORA:		DNI/NIE o PASSAPORT núm:	
CORREU ELECTRÒNIC MARE/TUT			

	Quota AFA	10 €	El càrrec es passarà al mes de novembre. Es paga per família no per alumne
	MATERIALS ESO (llibres digitals, dossiers, materials tallers, materials pràctiques, iEduca, papers, fotocòpies, AEO, etc..	El càrrec es farà al més de juliol. SE US INFORMARÀ VIA IEDUCA DE LA QUANTITAT I ELS CONCEPTES I SE US PASSARÀ EL CÀRREC.	
El càrrec es passarà al més de juliol			

PARE/MARE/TUTOR O TUTORA	Nom i Cognoms:	
--------------------------	----------------	--

DATA:

SIGNAT:



Notificació d'ús d'imatges d'alumnes (Curs 2026-2027)

L'institut Rafael Casanova disposa d'internet, d'un espai web (adreça o adreces web) on informa de les seves activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars i en fa difusió.

En aquesta pàgina (o pàgines) web es poden publicar imatges en les quals apareguin, individualment o en grup, alumnes realitzant les esmentades activitats.

Atès que el dret a la pròpia imatge és reconegut dins l'article 18.1 de la Constitució regulat per la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la direcció d'aquest centre demana el consentiment als pares, mares o tutors legals per poder publicar fotografies on hi hagi els seus fills i filles i on sigui clarament identificables.

(Nom i cognoms) _____

amb DNI/NIE/Passaport _____

- ☐ **Autoritzo**
- ☐ **No autoritzo**

que la imatge del meu fill/ de la meva filla

pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars organitzades pel centre i publicades en:

- pàgines web del centre,
- filmacions destinades a difusió pública no comercial,
- fotografies per a revistes o publicacions d'àmbit educatiu.

Signatura,

Sant Boi de Llobregat, _ de juny de 2026

INSTITUT RAFAEL CASANOVA.
AUTORITZACIÓ PER SORTIDES I ACTIVITATS D'UN DIA

CURS 2026-2027

Jo amb DNI.....com a
pare/ mare/tutor de l' alumnedel grup
....., procedeix expressament a :

1. Autoritzar la participació del meu /meva fill/a a anar a totes les sortides i/o activitats programades en la Programació General Anual i aprovades pel Consell Escolar del Centre.

2. Eximir de tota responsabilitat els professors acompanyants pels fets i actuacions que pogués realitzar el meu fill/a fora del programa oficial de les activitats.

Per aquestes efectes em responsabilitzo personalment de tots aquells danys a les persones o coses que pugui causar el meu fill/a com a conseqüència de la seva actuació negligent o imprudent, renunciant expressament a l' exercici de qualsevol acció que em pogués correspondre.

3. Facultar a tots i cadascun des professors acompanyants perquè en qualsevol moment procedeixen, en cas d' incompliment o desobediència de les instruccions o ordres de caràcter general o particular que puguin impartir- se durant les sortides i/o activitats, a prendre les mesures que considerin oportunes.

4. Autoritzo també els professors acompanyants a prendre les decisions oportunes a nivell mèdic i sanitari segons les instruccions dels facultatius dels centres mèdics.

Sant Boi de Llobregat, juny de 2026

(signat pare, mare o tutor)



Autorització relativa als alumnes de menys de 14 anys: ús de serveis i recursos digitals a Internet per treballar a l'aula. Curs 20__-20__

Dades del centre

Nom del centre Codi del centre

Adreça

Municipi Codi postal

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms

Data de naixement Curs

Dades del pare, mare o representant legal

Nom i cognoms DNI/NIE/Passaport

Autoritzo

☐ Sí ☐ No

Que que el meu fill/a utilitzi, per al treball acadèmic, els serveis telemàtics i/o aplicacions de dispositius mòbils que requereixen usuari i contrasenya, els quals s'especifiquen a continuació:

La responsabilitat de l'ús que se'n faci en l'àmbit escolar correspon al centre educatiu. El centre no es fa responsable, però, de l'ús indegut del recurs i dels continguts per part dels usuaris: l'usuari serà l'únic responsable de les infraccions en què pugui incórrer o dels perjudicis que pugui causar per un ús inadequat dels serveis o dels continguts.

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Direcció del centre educatiu.

Finalitat: Gestió de les credencials i els accessos als serveis i recursos digitals a Internet per treballar a l'aula.

Legitimació: Consentiment de l'interessat o de la persona que ostenta la tutoria legal en cas de menors d'edat.

Destinatari: Les dades no es comunicaran a tercers, excepte en els casos previstos per llei, o si ho heu consentit prèviament.

Drets: Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se al tractament i sol·licitar-ne la limitació.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina <http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/proteccio-dades/informacio-addicional-tractaments/alumnes-centres-departament.html>

☐ He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades i autoritzo el tractament de les meves dades personals.

Lloc i data

Signatura del pare, mare o representant legal de l'alumne/a

Direcció del centre educatiu



Declaració sobre l'opció per rebre l'ensenyament de la religió o l'atenció educativa alternativa per a l'alumnat de nou ingrés en el centre. ESO

Dades del centre

Institut Rafael Casanova

Frederic Mompou, 41-45

08830 Sant Boi de Llobregat

Dades personals

Nom i cognoms de l'alumne/a

Nom i cognoms del pare/ mare / tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

Declaro

☐ Que vull que el meu fill/a rebi l'ensenyament de la religió:

- ☐ Catòlica
- ☐ Evangèlica
- ☐ Islàmica
- ☐ Jueva
- ☐ Història i cultura de les religions

☐ Que no vull que el meu fill/a rebi l' ensenyament de la religió

Lloc i data

Signatura del pare/ mare o tutor/ tutora legal de l'alumne/a



FITXA MÈDICA CURS 2026 - 2027

NOM I
COGNOMS: _____ GRUP: _____

DATA NAIXEMENT: _____ EDAT: _____ SEXE: H/D PES: _____
ALÇADA: _____

TELÈFON CASA: _____
MÒBIL PARE _____ MÒBIL MARE: _____

Mitjançant aquest full pretenem tenir un millor coneixement de l'estat de salut del seu fill /a . Assenyalar

SI / NO i data i quantitat si procedeix, així com quines malalties i/o lesions es tenen o s'han tingut.

1.- Alguna vegada el metge els ha dit que el seu fill/ a no ha de fer esforços o que ha de limitar la seva activitat

esportiva. SI NO

Per què?.....

2.- Alguna vegada el seu fill/a ha estat ingressat a l'hospital ? SI NO

Per què?.....

3.- El seu fill/a pren algun medicament, encara que sigui aspirina...? SI NO

Quins, per què?.....

Cada quan?.....

4.- Pateix alguna malaltia crònica? SI NO Quina?

Pren medicació per aquesta malaltia? SI NO Quina?

5.- Pateix asma o algun tipus d'al·lèrgia ? SI NO

Quin tipus d' al·lèrgia.....

Pren medicació per l' al·lèrgia? SI NO Quin?.....

6.- Pateix alguna altre alteració respiratòria? SI NO

Quina?

7.- Algun membre de la família ha patit " atacs de cor", alguna altra malaltia cardíaca o mort súbita? SI NO

Quina?..... i quin parentesc té?.....

8.- Li ha notat o li han dit que el seu fill/a té:

Hipertensió arterial SI NO Palpitacions SI NO Buf cardíac SI NO

Malalties del cor SI NO Diabetis SI NO Tuberculosi SI NO

9.- El seu fill/a ha tingut dolor toràctic, mareig o pèrdua de coneixement durant l'exercici físic?
? SI NO

Quin?..... i quan?.....

10.- En algun anàlisi li han trobat alguna alteració? SI NO

Quina?.....

11.- Pateix o ha patit algun tipus de lesió muscular, articular, òssia o tendinosa que hagi necessitat tractament mèdic (esquinces, fractures, luxacions, esquena desviada,...) SI NO

Quines? i quan?.....

12.- El seu fill/filla necessita portar plantilles, faixes correctores o fer algun tipus de rehabilitació? SI NO

Què?

13.- Pateix o ha patit alguna malaltia neurològica? (epilèpsia, vertigen,...) SI NO

Quina?.....i quan?.....

14.- Pateix o ha patit algun trastorn psicològic (de comportament, alimentari, insomni, depressió...) SI NO

Quin?i quan?.....

15.- Practica activitat física habitualment? SI NO Quina?.....

Quantes hores setmanals?

(Si en qualsevol moment de la seva permanència al Centre l'alumne presenta alguna malaltia important s'ha de comunicar al tutor/a de l'alumne)

DATA:

SIGNATURA PARE i/o MARE i/o TUTOR