

MATRICULACIÓ ESO CURS 2025-2026

DATES DE MATRICULACIÓ:

Del 30 de juny al 03 de juliol.

- Presencial amb cita prèvia. Demanar hora per telèfon (936546520) del 16 al 19 de juny, de 9.00 a 13.00h.

HORARI:

Matins: De 8,30 a 13.00 hores

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR:

- **DOSSIER DE MATRÍCULA** (descarregar a la WEB del centre) OMPLERT 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)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Autorització sortides d'un dia:	SI	NO	(MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Cartes de compromís	SI	NO	(MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Ús recursos digitals a Internet (menors de 14 anys)	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 ☐ ALEMANY ☐			
(MARCAR UNA DE LES TRES)				

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/TUTORA:				

PAGAMENTS REBUTS:	QUOTA SORTIDES D'	50 € - 100 € (APROX)	El càrrec es farà al més de setembre	
	QUOTA CURS	56 €	El càrrec es farà al més de juny	
	AMPA CURS	10 €	El càrrec es passarà al mes de novembre. Es paga per família no per alumne	
	QUOTA MATERIAL (Dossiers, llicències digitals, material taller, etc)	Quantitat orientativa entre 38€ i 120€.		El càrrec es passarà al mes de juliol

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



Notificació d'ús d'imatges d'alumnes (Curs 2025-2026)

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 2025

CURS 2025-2026

Jo amb DNI.....com a
pare/ mare/tutor de l' alumne del
grup, procedeixo 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 pugués 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 pugués 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, a de juny de 2025

(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 25 -20 26

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.

Destinataris: 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

Sant Boi de Llobregat, de juny de 2025

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 2025 - 2026

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