



- |                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1r | <input type="checkbox"/> Administració i finances | <input type="checkbox"/> Màrqueting, publicitat i turisme     |
| <input type="checkbox"/> 2n | <input type="checkbox"/> Química industrial       | <input type="checkbox"/> Sistemes electrotècnics i automàtics |
| <input type="checkbox"/> 3r |   |   |

<b>DADES ALUMNE/A</b>		TSI	NUSS	
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 _____
<b>DADES</b>	<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> )			
<b>AL·LÈRGIES:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quines: _____				
Si fos el cas, pren algun medicament i el porta a l'institut? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nom medicament _____				
<b>MALALTIA:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diabetis ( <i>documentació per adjuntar</i> ): Informe mèdic – <a href="#">Annex 1</a> – <a href="#">Annex 2</a> – <a href="#">Informació protocol</a>				
<input type="checkbox"/> Altres _____ ( <i>adjuntar Informe mèdic</i> )				
Si fos el cas, pren algun medicament i el porta a l'institut? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nom medicament _____				
<b>DISCAPACITAT:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quin %: _____ Situacions socials i culturals desfavorides: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>CENTRE DE PROCEDÈNCIA</b>	MUNICIPI		TELÈFON	
Anteriorment has cursat algun estudi a l'INS Serrallarga? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quin _____				
<b>Segona llengua estrangera (CFPS de MÀRQUETING, PUBLICITAT I TURISME)</b>			<input type="checkbox"/> Alemany	<input type="checkbox"/> Francès
<b>Requisits d'accés</b>	<input type="checkbox"/> Batxillerat o equivalent	<input type="checkbox"/> COU	<input type="checkbox"/> Títol CFPS	<input type="checkbox"/> Llicenciatura
	<input type="checkbox"/> Títol de CFPM + CAS	<input type="checkbox"/> Títol de CFPM + formació o curs preparació prova d'accés		
	<input type="checkbox"/> Prova d'accés a CFGS	<input type="checkbox"/> Prova d'accés a un CFGS amb un títol de CFGM		
Proves d'accés universitat <input type="checkbox"/> 25 anys <input type="checkbox"/> 40 anys <input type="checkbox"/> 45 anys <input type="checkbox"/> Altres _____				
Últim estudi en el qual ha estat matriculat _____			Curs acadèmic de l'últim estudi matriculat _____	
<b>Situació laboral en el moment de la matrícula</b> <input type="checkbox"/> Treballa <input type="checkbox"/> No treballa				

Blanes, \_\_\_\_\_

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