FULL DE DADES PERSONALS MATRÍCULA CURS 2020-21 ALUMNES DEL CENTRE BATXILLERAT

COGNOMS I NOM DE L'ALUMNE _____

DNI/NIE d'alumne:	**Data naixement:**
Adreça:	
Població:	**Codi Postal:**
Telèfon de l'alumne/a:	**Email de l'alumne/a:**

Dades dels Pares i Mares o Tutors-Tutores

PARE (TUTOR)	
Telèfon del pare:	**Email del pare:**
MARE (TUTORA)	
Telèfon de la mare:	**Email de la mare:**

Vull que el meu fill/filla rebi ensenyament de Religió catòlica a 1r Batxillerat SI_____ NO_____

(El seu fill/a deixarà de cursar una material de modalitat de 4h, per fer-ne una d'optativa de 2h I 2h de religió)

INFORMACIÓ MÈDICA. Cal informar al Centre de qualsevol canvi que es produeixi al llarg de la seva escolarització

El meu fill/filla té alguna malaltia que li impedeix fer regularment exercici físic* SÍ _____ NO____

EL meu fill és al·lèrgic/a a algun medicament o a algun aliment* SÍ _____ NO____

- Si la resposta és SÍ caldrà omplir obligatòriament el formulari mèdic que li donaran a Secretaria

Signatura del pare/mare/tutor/tutora

Nom i cognoms del signant_____

Barcelona, _____ d _____ de 202___

* La confidencialitat, el secret professional i la seguretat d'aquestes dades de caràcter personal està garantida per Reglament General de Protecció de Dades (Reglament UE 2016/679)