|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Generalitat de CatalunyaDepartament d’Educació**Institut Baix a mar**Vilanova i la Geltrú (codi del centre 08065354) | FOTO |
|

**FULL DE MATRÍCULA (01) ESO CURS………2019-2020**

Cognoms:..............................................................................Nom:...........................................

Adreça:...............................................................................núm:...........pis:..............porta…….

Localitat:................................................C.P:...................................DNI:...................................Telèfons/ mòbils (de qui són?):.................................................................................................

Data de naixement:.............................................................Localitat:.......................................

Nombre de germans/es:..................................................................Família nombrosa:...........

Alumne/a NEE: Sí ▢ No ▢

-Cognoms i nom del primer tutor/a:.........................................................................................

D.N.I:.......................................................Professió:..................................................................

Adreça………………………………………………………………………………………………….

Localitat:..........................................C.P:...............................E-mail:.........................................

Telèfons:...................................................................................................................................

-Cognoms i nom del segon/a tutor/a:........................................................................................

D.N.I:.......................................................Professió:..................................................................Adreça:......................................................................................................................................

Localitat:.......................................C.P:..................................E-mail:.........................................

**CENTRE DE PROCEDÈNCIA:...............................................................................................**

**MANIFESTACIÓ DE CARÀCTER VOLUNTARI DE L’OPCIÓ PER LA FORMACIÓ RELIGIOSA**

Si no es fa cap manifestació s’entendrà que l’opció és **NO.**

Religió ▢

Sap nedar: Molt ▢ Poc ▢ Gens ▢

El pare, mare, tutor/a, declara la veritat d’aquestes dades i es compromet a comunicar, per escrit, al centre qualsevol modificació que es pugui produir.

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatura

 continua➝

**DADES DE L’ALUMNE/A A TENIR PRESENTS EN CAS D’ACCIDENT**

Cognoms:........................................................................Nom:.................................................

Adreça:......................................................................................................................................

Localitat:......................................................C.P:.................Telèfon:.........................................

Data de naixement…………………………………Lloc:.............................................................

Pateix alguna malaltia? Sí ▢ No ▢

En cas afirmatiu, indiqueu-la....................................................................................................

Pren habitualment alguna medicació?..............................Quina?............................................

Té algun tipus d’al·lèrgia?.........................................................................................................

Observacions:...........................................................................................................................

**EN CAS D’ACCIDENT AVISAR A** :

Nom del pare:...........................................................................................................................

Telèfon feina/ mòbils:................................................................................................................

Nom de la mare:.......................................................................................................................

Telèfon feina/mòbils:.................................................................................................................

**TARGETA SANITÀRIA ON FIGURA COM A BENEFICIÀRI/A**

Entitat…………………………………………………………………………………………………...

Titular:.......................................................................................................................................

Número:....................................................................................................................................

|  |
| --- |
| Només famílies monoparental o pares separats:Custòdia legal…………………………………………… L’alumne viu amb: ▢ pare ▢ mare |