



ESCUELAS MUNICIPALES DE EDUCACIÓN
Concejalía de Educación y Universidad
MATRÍCULA 2016 - 2017

Menores de edad

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A:

Dirección:

Código Postal:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fecha Nacimiento:

Centro en el que estudia:

Curso que inicia en 2016/2017

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre y apellidos de la madre:

Teléfono:

Correo Electrónico:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre y apellidos del padre:

Teléfono:

Correo Electrónico:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

❖ ESCUELA: _____

❖ DISCIPLINA: _____

❖ CÓDIGO: _____

HORARIO:

DÍAS: _____

HORA: _____

ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____

IBAN: _____



EN CASO DE URGENCIA

Durante el transcurso de la actividad, avisar a: _____
Parentesco: _____ Domicilio: _____
Teléfonos de contacto: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE NIÑOS/AS

Personas SI AUTORIZADAS:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____

Autorizo a mi hijo/a para que **regrese solo** a casa (SI/NO): _____

Personas NO AUTORIZADAS:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:

AUTORIZO/NO AUTORIZO a la CONCEJALIA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDAD del EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO de Ciudad Real a un uso pedagógico durante el desarrollo de la Escuela:

FOTOGRAFÍA y VÍDEO (SI/NO): _____
SALIDAS O EXCURSIONES (SI/NO): _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:

AUTORIZO/NO AUTORIZO a la CONCEJALIA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDAD del EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO de Ciudad Real que mi hijo/a sea fotografiado o grabado para su publicación en medios de comunicación:

Si autorizo _____
No autorizo _____

Ciudad Real, a ____ de _____ de 2016

Fdo.: _____

DNI: _____

Parentesco: _____