

DATOS PERSONALES

CURSO SOLICITADO/
ESPECIALIDAD

A rellenar por el Centro

N.I.E.

A rellenar por el Centro

NÚMERO
MATRÍCULA

A rellenar por el Centro

MATRÍCULA NUEVA
RENOVACIÓN

DATOS DEL ALUMNO



La foto actualizada es obligatoria junto a la matrícula.

Apellidos Nombre

Fecha Nacimiento Lugar Nacimiento País

D.N.I./PAS. Nacionalidad

Sexo Nº de Hermanos Hermanos matriculados en el Centro

E-mail del alumno

El e-mail es obligatorio y será facilitado por el Centro si aun no lo tiene

Domicilio habitual del alumno

Calle, número, piso, puerta Código Postal

Municipio Provincia

E-MAIL EL PINAR TRU:

El e-mail es obligatorio y será facilitado por el Centro si aun no lo tiene

E-MAIL EL PINAR TRA:

El e-mail es obligatorio y será facilitado por el Centro si aun no lo tiene

Estado civil de los padres:

El alumno vive con: PADRE / MADRE / TUTOR / TUTORA (tachar lo que no proceda)

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE

APELLIDOS

D.N.I./PAS.

EDAD NACIONALIDAD

ESTUDIOS

PROFESIÓN

EMPRESA

TLFS. PARTICULARES (FIJO/MÓVIL) //

TLF. EMPRESA

TLF. PARA URGENCIAS

E-MAIL PERSONAL

DOMICILIO

POBLACIÓN C.P.

DATOS DE LA MADRE O TUTORA

NOMBRE

APELLIDOS

D.N.I./PAS.

EDAD NACIONALIDAD

ESTUDIOS

PROFESIÓN

EMPRESA

TLFS. PARTICULARES (FIJO/MÓVIL) //

TLF. EMPRESA

TLF. PARA URGENCIAS

E-MAIL PERSONAL

DOMICILIO

POBLACIÓN C.P.

Alhaurín de la Torre, a.....de.....de.....

Sello y Firma del Centro

Firma del Responsable

NOTA: Complimente los datos a bolígrafo y en mayúsculas. Entregue solamente una solicitud por alumno. Todos los datos deben estar cumplimentados para aceptar su matrícula.

DATOS FACTURACIÓN Y SERVICIOS OPCIONALES

DATOS FACTURACIÓN

PAGO EN EFECTIVO*

PAGO CON TARJETA

PAGO POR BANCO

* El pago de la escolaridad no podrá hacerse en efectivo.

PLANES AHORRO EN ESCOLARIDAD

PAGO ÚNICO

PLAN FAMILIA

Número de hijos en el Centro.....

PLAN RECOMIENDA EL COLE

PLAN CONVENIO

Entidad.....

Invitado por.....

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre del titular:

N.I.F. Del titular:

ENTIDAD BANCARIA

Cuenta Bancaria

IBAN

Banco

Sucursal

D.C.

Cuenta

El abajo firmante da su autorización para que le sea cargada en la cuenta arriba indicada y hasta nuevo aviso, las cuotas derivadas de los servicios prestados por El Colegio El Pinar S.A.L. CIF A92032366, Camino de la Acequia s/n, 29130 Alhaurín de la Torre, Málaga.

SERVICIOS OPCIONALES

COMEDOR:

CURSO SEPT. A JUNIO.....135 €/Mes

MESES SUELTOS.....180 €/Mes

TICKETS SUELTOS.....8€

PACKED LUNCH - COMIDA DE CASA.....30€/Mes
(sólo a partir de Secundaria)

SERVICIOS DE LUDOTECA

AULAS DE MAÑANA SIN DESAYUNO

AULAS DE MAÑANA CON DESAYUNO

AULAS TARDE

AULA VIERNES TARDE

TRANSPORTE

INDICAR PARADA / LOCALIDAD

MESES

TRANSPORTE IDA Y VUELTA

TRANSPORTE SÓLO IDA

TRANSPORTE SÓLO VUELTA

TRANSPORTE TICKETS SUELTOS

JUNIO

SEPTIEMBRE

OCTUBRE A MAYO

SELLO DEL CENTRO

En.....a.....de.....de.....

Firma del PADRE-MADRE-TUTOR/A (tachar lo que no proceda)

NOTA: Cumplimente los datos a bolígrafo y en mayúsculas. Entregue sólo una solicitud por alumno. Todos los datos deben estar cumplimentados para aceptar su matrícula.

DATOS ACADÉMICOS
ELECCIÓN DE MATERIAS OPTATIVAS
CICLOS FORMATIVOS

**NÚMERO
MATRÍCULA**

A rellenar por el Centro

DATOS CURSO ACADÉMICO ANTERIOR

Centro de procedencia

Localidad y provincia

MODALIDAD DE GRADOS (Seleccionar una opción en la casilla correspondiente)

GRADO MEDIO TECO

GRADO MEDIO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

GRADO MEDIO GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GRADO SUPERIOR EDUCACIÓN INFANTIL

GRADO SUPERIOR TAFAD

GRADO SUPERIOR DOCUMENTACIÓN SANITARIA

GRADO SUPERIOR EN ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA (Seleccionar una opción en la casilla correspondiente)

PRIMER CURSO

SEGUNDO CURSO

NOTA: La elección de las optativas es orientativa. Se respetará la elección siempre que la organización de los horarios y el número de peticiones lo permita.

¿Tiene su hijo alguna enfermedad o alergia?

SI

NO

Especifique cual.....

Comente las necesidades especiales que pueda tener su hijo (salud, alimentación, etc....)

¿Tiene su hijo alguna discapacidad física o psíquica?

SI

NO

Especifique cual.....

¿Presenta su hijo algún trastorno de aprendizaje?

SI

NO

Especifique cual.....

¿Ha sido tratado por algún especialista?

SI

NO

Especifique cual.....

¿Qué recursos necesitaría para asistir a nuestro centro?

SI

NO

Especifique cuales.....

COMPROMISO CON LA NORMATIVA DEL CENTRO, SEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD RECOGIDA DEL CENTRO

La familia manifiesta y acepta las reglas internas de funcionamiento del Centro, así como las normas a cumplir por parte de las familias del Colegio El Pinar.

Yo, como padre/madre, tutor/tutora, del alumno

..... declaro haber leído y entendido el contenido de las condiciones de matrícula y anexos del Colegio El Pinar, y acepto expresamente todo lo contenido en dichos documentos. Además confirmo que los datos de carácter personal son veraces y están aportados por mí.

En Alhaurín de la Torre, a.....de.....de 201.....

Firmado

AUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

Yo, Padre/madre, tutor/tutora, autorizo a mi hijo
.....para tomar medicamentos (paracetamol, ibuprofeno o
similar en caso de fiebre alta).

Firma padre/madre/tutor/tutora

AUTORIZACIONES PARA WEB/FACEBOOK/TWITTER/GOOGLE+

Yo, Padre/madre, tutor/tutora, autorizo a mi hijo
.....para salir en las fotografías y/o videos de las noticias
que publicamos en la página Web/Facebook/Twitter/Google+.

Firma padre/madre/tutor/tutora

AUTORIZACIONES PARA EXCURSIONES

Yo, Padre/madre, tutor/tutora, autorizo a mi hijo
.....para participar en las excursiones programadas
para su clase.

Firma padre/madre/tutor/tutora

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A MI HIJO EN EL CENTRO O EN LA PARADA DEL AUTOBÚS

NOMBRE..... D.N.I.

Firma padre/madre/tutor/tutora