

<b>CURS ACADÈMIC CURSO ACADÉMICO</b>	<b>DADES PERSONALS DEL'ALUMNE DATOS PERSONALES DEL ALUMNO</b>
--	---

EXPEDIENT <i>EXPEDIENTE:</i>	COGNOMS, NOM: <i>APELLIDOS, NOMBRE</i>	SEXE (H/D) <i>SEXO( H/M)</i>
DNI/NIE:	NIA:	ADREÇA: CARRER, NÚMERO I PORTA <i>DIRECCIÓN , CALLE, NÚMERO, PUERTA</i>
CODI POSTAL <i>CÓDIGO POSTAL:</i>	LOCALITAT: <i>LOCALIDAD</i>	PROVINCIA:
TELÈFON 1: <i>TELÉFONO 1</i>	TELÈFON 2: <i>TELÉFONO 2</i>	TELÈFON 3: <i>TELÉFONO 3</i>
		e-mail 1
		e-mail 2
DATA NAIXEMENT: <i>FECHA NACIMIENTO</i>	EDAT: <i>EDAD</i>	LLOC DE NAIXEMENT: <i>LUGAR DE NACIMIENTO</i>
		NACIONALITAT
COGNOMS I NOM PARE: <i>APELLIDOS Y NOMBRE PADRE</i>		DNI/NIE
COGNOMS I NOM MARE <i>APELLIDOS Y NOMBRE MADRE</i>		DNI/NIE

<b>MATRICULA (MARCAR X)</b>	ORDINARIA	FAMILIA NOMBR. GRAL	FAMILIA NOMBROSA ESPECIAL
-----------------------------	-----------	---------------------	---------------------------

CURS:			ASSIGNATURES PENDENTS CURS ANTERIOR: <i>ASIGNATURAS PENDIENTES CURSO ANTERIOR</i>
PRIMER 1º			
SEGON 2			
TERCER 3º			
QUART 4º			

**AUTORITZE EL MEU FILL/A A LES EIXIDES PER A LA REALITZACIÓ D'ACTIVITATS EXTRAESCOLARS EN ONTINYENT:**  
**AUTORIZO A MI HIJO/A A SALIR PARA LA REALIZACIÓ DE ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES EN ONTINYENT**

<b>NO</b>	<b>SI</b>	
-----------	-----------	--

**ALUMNAT AMB NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS:**  
**ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

<b>NO</b>	<b>SI</b>	EN CAS AFIRMATIU, INDIQUEU QUINA MALALTIAPATEIX L'ALUMNE/A: <i>EN CASO AFIRMATIVO DICAR QUE DOLENCIA TIENE EL ALUMNO/A</i>
-----------	-----------	--

Cal aportar informe o certificat, excepte l'alumnat que ja l'ha aportat en cursos anteriors i continua en vigor.

**ATENCIÓ SANITÀRIA A L'ALUMNAT AMB PROBLEMES DE SALUT CRÒNICA, EN HORARI ESCOLAR:**  
**ATENCIÓN SANITARIA DEL ALUMNO/A CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICA EN HORARIO ESCOLAR**

<b>NO</b>	<b>SI</b>	EN CAS AFIRMATIU, INDIQUEU QUINA MALALTIAPATEIX L'ALUMNE/A: <i>EN CASO AFIRMATIVO DICAR QUE DOLENCIA TIENE EL ALUMNO/A</i>
-----------	-----------	--

