

**CURS ACADÈMIC**  
**CURSO ACADÉMICO**

**DADES PERSONALS DEL'ALUMNE**  
**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

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

<b>MATRICULA (MARCAR X)</b>	ORDINARIA	FAMILIA NOMB. GRAL	FAMILIA NOMBROSA ESPECIAL
<b>CURS:</b>			

**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: EN CASO AFIRMATIVO DICAR QUÉ DOLENCIA TIENE EL ALUMNO/A

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

**ATENCIÓ SANITÀRIA AL'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: EN CASO AFIRMATIVO DICAR QUÉ DOLENCIA TIENE EL ALUMNO/A

