

1. DATOS PERSOAIS DO ALUMNADO

Apelidos:	Nome:	Nacionalidade:
Data de nacemento:	Lugar:	Provincia:
Enderezo (rúa, nº, CP, etc.)	Localidade:	Tfno. Domicilio:

2. OUTROS DATOS:

Nº de irmáns:	Nº irmáns matriculados no centro:	Lugar que ocupa:	Lingua familiar empregada habitualmente: <input type="checkbox"/> Galego <input type="checkbox"/> Castelán <input type="checkbox"/> As dúas <input type="checkbox"/> Outra
---------------	-----------------------------------	------------------	--

3. DATOS DA FAMILIA

Apelidos do pai (ou titor):	Nome:	NIF/NIE/PASAPORTE
Teléfono fixo:	Teléfono móbil:	Outros teléfonos:
Apelidos do nai (ou titora):	Nome:	NIF/NIE/PASAPORTE
Teléfono fixo:	Teléfono móbil:	Outros teléfonos:
E-mail do pai:	E-mail da nai:	

4. DATOS DE MATRÍCULA

EDUCACIÓN INFANTIL <input type="checkbox"/> cuarto <input type="checkbox"/> quinto <input type="checkbox"/> sexto EDUCACIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> primeiro <input type="checkbox"/> segundo <input type="checkbox"/> terceiro <input type="checkbox"/> cuarto <input type="checkbox"/> quinto <input type="checkbox"/> sexto EDUCACIÓN SECUNDARIA <input type="checkbox"/> primeiro <input type="checkbox"/> segundo <input type="checkbox"/> terceiro <input type="checkbox"/> cuarto
A elixir unha das dúas opción: <input type="checkbox"/> relixión católica <input type="checkbox"/> valores sociais e cívicos
Desexo utilizar os servizos de: Transporte escolar: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non - parada: _____ Comedor escolar ¹ : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non
¹ No caso de que o centro deba ser coñecedor dalgunha circunstancia médica que afecte á vida escolar ou extraescolar deste alumnado, por favor xunte a este escrito copias dos informes médicos que o acrediten.

5. ALERXIAS E/OU INCOMPATIBILIDADE ALIMENTARIAS:

--

Frades, a _____ de _____ de _____
 O pai/nai ou titor/a legal

Asdo.: _____

MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA O USO DE IMAXES DO ALUMNADO DO CENTRO EDUCATIVO CPI PONTE CARREIRA DE FRADES.

Don/don _____ con DNI/NIE _____
na miña condición de representante legal do/a alumno/a

autorizo o tratamento da súa imaxe en relación coas actividades escolares e extraescolares promovidas polo centro e polos responsables e autoridades educativas na páxina web, ou blogs do centro ou institucionais, na revista escolar e en medios de comunicación durante o curso escolar 20___/20___.

Autorizo tamén o tratamento da imaxe en contornas, aplicacións ou ferramentas virtuais prestadoras de servizos na nube, servizos de mensaxería, en servizos de distribución de audiovisuais e autorizo a posible transferencia internacional de datos, derivada do seu uso, aos países nos que se atopen os seus servidores.

“Os representantes legais poderán en calquera momento acceder ás imaxes co fin de poder exercer os dereitos de acceso, rectificación, oposición ou cancelación, previstos na LOPD”

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais facilitados quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da consellería de Educación, Universidade de F.P. da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a secretaría xeral técnica de dita consellería, como responsable do ficheiro, solicitándoo ante a secretaría xeral técnica da consellería de Educación, Universidade de Formación Profesional, edificio administrativo de San Caetano, S/n 15781, Santiago de Compostela, ou mediante o envío dun correo electrónico a sxt.cultura.educacion@xunta.es

NOTA IMPORTANTE

MARQUE POR FAVOR, NOS RECADROS QUE CORRESPONDA SE HAI CAMBIOS CON RESPECTO AOS DATOS DO CURSO PASADO PARA INDICALO NAS APLICACIÓNS QUE USA O CENTRO

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| CAMBIO DO ENDEREZO | <input type="checkbox"/> |
| CAMBIO DOS TELÉFONOS | <input type="checkbox"/> |
| CAMBIO DE E-MAIL | <input type="checkbox"/> |
| NON HAI CAMBIOS | <input type="checkbox"/> |

Frades, _____ de _____ de 20___

Asdo.: _____