



2º BACHARELATO DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANIDADES. MATERIAS DA MATRÍCULA.

Alumna/o:

Apellido 1	Apellido 2	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Materias troncais (comúns):

Lingua Castelá e Literatura, Lingua Galega e Literatura, Primeira lingua estranxeira-Inglés, Historia de España

Elixir un itinerario

Itinerario de Humanidades. Materias troncais de Opción.		
		Elixir 1 materia
Latín II	Hª da Filosofía	<input type="checkbox"/> Hª da Arte
		<input type="checkbox"/> Grego II

Itinerario de Ciencias Sociais. Materias troncais de Opción.		
		Elixir 1 materia
Matemáticas Aplicadas ás CCSS II	Hª da Filosofía	<input type="checkbox"/> Economía da Empresa
		<input type="checkbox"/> Xeografía

Itinerarios de Materias Específicas para Hum e CCSS: Cursar 8 horas, mínimo dúas específicas, máximo tres.

Sinalar cun X a opción elixida (A, B ou C).

A: + *Para alumnado que non elixiu ningunha destas materias coma troncais*
Específica 4horas *Específica 4horas*

B: + +
Específica 4horas *Específica 3horas* *Específica 1h*
 +
Específica 3horas *Específica 1h*

C: + +
Específica 3horas *Específica 3horas* *Específica 2h*
 +
Específica 3horas *Libre conf. 2h*

A entrega da matrícula implica a obriga de cumprimento do horario do IES, sen excepcións.

Santiago de Compostela, ____ de _____ de 20____
 Asdo. nai / pai / titor/a legal,
 (se a/o alumna/o é menor de idade)

Asdo. Alumna/o



2º BACHARELATO DE CIENCIAS SOCIAIS E HUMANIDADES. RECOLLIDA DE DATOS DA MATRÍCULA.

Datos persoais da/o alumna/o

1º Apelido		2º Apelido		Nome	Idade
DNI	Data nacemento	Lugar	Provincia	País	
Enderezo familiar (rúa, número, piso, portal, escaleira, letra, etc)					Código postal
Localidade	Concello	Provincia	Telefóno familiar	Móbil alumna/o	

Datos persoais proxenitores/ titores legais,

1	Apelidos	Nome	DNI
	Correo electrónico (en maiúsculas) @	Telefóno fixo	Móbil
2	Apelidos	Nome	DNI
	Correo electrónico (en maiúsculas) @	Telefóno fixo	Móbil

Datos persoas de contacto preferente

Apelidos	Nome	Parentesco	Móbil
----------	------	------------	-------

Datos relativos á matrícula

É a primeira vez que estuda en Galicia?	É nova/o neste centro?	Matricúlase de 2º de Bacharelato por:		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Primeira vez	<input type="checkbox"/> Segunda vez	<input type="checkbox"/> Terceira vez*
Cambia de modalidade?		*En virtude do Apartado Vinte e Oito do artigo único da LOMCE, que modifica o Artigo 36. Evaluación e promoción da LOE, a segunda repetición nun curso de Bacharelato ten carácter excepcional e precisará dun informe favorable previo do equipo docente.		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non				
Ten materias pendentes de 1º de Bacharelato?		Indicar as materias pendentes:		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non				

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 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 Cultura, Educación e Ordenación Universitaria 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 da Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria, como responsable do ficheiro, solicitándoo ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria, edificio administrativo de San Caetano, S/N, 15781, Santiago de Compostela, ou mediante o envío dun correo electrónico a sxt.cultura.educacion@xunta.es.

Santiago de Compostela, de de 20

Asdo. nai / pai / titor/a legal, (se a/o alumna/o é menor de idade)

Asdo. Alumna/o



ATENCIÓN MÉDICA [IMPRESO 2]

Alumno/a _____ Curso: _____

Enderezo: _____

Teléfono para urxencias: _____

ASISTENCIA HOSPITALARIA (urxencias):

Ten Seguro Escolar? Si Non

(De non ter) seguro médico familiar _____

Servizo de urxencias _____

Doenzas crónicas diagnosticadas? Si Non

Cales? _____

Está vacunado contra o tétano? Si Non

En caso afirmativo, o ano de vacinación foi _____

Alerxias? Si Non

En caso afirmativo, a que: _____

Estes datos permitirán ao Centro actuar de xeito apropiado e rápido no caso de indisposición ou emerxencia e teñen carácter reservado.

O declarante virá obrigado a acreditar esta información mediante certificación médica, a petición do Centro, e poderá solicitar a súa modificación.

D./D^a _____ con DNI _____

Pai/nai/titor legal do/a alumno/a ou como interesado/a (maior de 18 anos) respondo da veracidade dos datos que manifesto máis arriba.

Santiago de Compostela, ___ de _____ de 20__

Sinatura



AUTORIZACIÓN [IMPRESO 3]

D./D^a _____ con DNI _____

Pai/nai/titor legal do/a alumno/a _____

Matriculado en _____ Grupo _____

AUTORIZO

NON AUTORIZO

Ao IES de Sar á **captación e publicación** de imaxes do meu fillo/a nos recursos educativos do centro: carteis, revistas, exposicións, páxina web... á **cesión** das imaxes e rexistros sonoros do meu fillo/a captados en diversas actividades didácticas organizadas polo centro aos medios de comunicación sen que en ningún caso teña ánimo lucrativo.

AUTORIZO

NON AUTORIZO

Á Dirección do centro ou ao profesorado responsable do alumno/a para que, no caso de indisposición ou porque as circunstancias o fagan aconsellable, poidan trasladar ao alumno/a **antedito en taxi ao centro de saúde, ao hospital ou domicilio familiar.**

Así mesmo declaro que as persoas, maiores de idade, que teñen a miña autorización para recoller no instituto ao alumno/a son:

D./D^a _____ Con DNI _____ Tlfno. _____

D./D^a _____ Con DNI _____ Tlfno. _____

D./D^a _____ Con DNI _____ Tlfno. _____

Santiago de Compostela, ___ de _____ de 20 ___

Sinatura



AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES [IMPRESO 5]

Estimados pais e nais dos nosos alumnos:

Como vostedes saben, ao longo do curso teñen lugar actividades diversas fóra e dentro do centro, programadas no Plan Anual de Actividades aprobado polo Consello Escolar. Co obxectivo de facilitar a participación de todo o alumnado e de mellorar a organización e coordinación das mesmas, consideramos conveniente a elaboración dunha autorización de carácter xeral para todas as actividades que teñen lugar dentro da cidade, en horario escolar, que non impliquen desembolso por parte do alumnado e das que vostedes recibirán información por escrito, a través do seu fillo/a, con anterioridade á realización.

No caso de que a actividade teña lugar fóra da cidade ou implique algún desembolso para o alumnado vostedes recibirán a información e unha autorización para esa actividade concreta.

Agradecéndolles a súa colaboración reciban un cordial saúdo,

A Dirección,

D./D^a _____ con DNI _____

Pai/nai/titor legal do/a alumno/a _____

Matriculado en _____ Grupo _____, autorizo ao meu fillo/a a participar nas actividades propostas polo centro que se realicen en Santiago de Compostela, en horario escolar, e que non impliquen desembolso por parte do alumnado.

Santiago de Compostela, ____ de _____ de 20__

Asdo.



FICHA SOCIOS/AS

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR:

NOME E APELIDOS DA NAI/PAI/TITOR/TITORA LEGAL	
E-MAIL:	
NOME E APELIDOS DA NAI/PAI/TITOR/TITORA LEGAL	
E-MAIL:	
NOME E APELIDOS DO FILLO/FILA	CURSO

A cota é de **12 euros por familia/ano**. O ingreso da cota faise directamente na conta da ANPA:

Entidade financeira: Caixa Galicia
Titular da conta: ANPA do IES de Sar
Nº Conta (IBAN): ES94-2080-0341-19- 3040021993
Cota anual: 12 euros

Despois de facer o ingreso, entregar na oficina do instituto ou envíala escaneada o mailda ANPA:
anpadesar@gmail.com

- Esta folla cuberta cos datos solicitados
- O xustificante de ingreso en conta no que debe figurar o nome completo do alumno

De conformidade co Regulamento (UE) 2016/679, solicitámoslle os seus datos de carácter persoal, que serán tratados coa finalidade de xestionar os datos identificativos dos asociados, promover actividades organizadas pola asociación así como levar a cabo a xestión fiscal, contable e administrativa. Os datos poderán ser cedidos á administración tributaria, a bancos e entidades financeiras para a domiciliación de pagos. e á xestoría para cumprir coas obrigas fiscais. Os datos proporcionados conservaranse mentres permaneza de alta como asociado, ou durante os anos necesarios para cumprir coas obrigas legais. Vostede ten dereito a obter confirmación sobre se estamos tratando os seus datos persoais, polo tanto ten dereito a acceder aos seus datos persoais, rectificar os datos inexactos ou solicitar a súa limitación, portabilidade ou supresión cando os datos xa non sexan necesarios.

_____ de _____ de 20__

Asinado:

Asinado:



De acordo coa presente cláusula, a **ANPA de Sar**
Solicita o seu consentimento a :

SOCIO/A

Para o tratamento dos seus datos persoais segundo o disposto no artigo 6 do Regulamento (UE) 2016/679, informándolle que o tratamento dos seus datos ten como base a súa solicitude de incorporación na nosa asociación.

En cumprimento do artigo 13 do Regulamento Europeo de Protección de Datos, informámoslle de que os seus datos serán incorporados ao sistema de tratamento **SOCIOS**, coa finalidade de xestión das actividades asociativas

- Autorizo o envío por E-Mail de comunicacións informativas
- Autorizo a publicación de imaxes en redes sociais e paxina web da ANPA (de ser o caso)
- Os seus datos poderán ser cedidos a bancos e caixas de aforros no caso de domiciliación de pagamentos.

Poderá exercer os dereitos de OPOSICIÓN, ACCESO, RECTIFICACIÓN, LIMITACION, SUPRESION E PORTABILIDADE mediante escrito dirixido a anpadesar@gmail.com acompañando fotocopia de DNI ou no seu defecto documento que acredite a súa debida identidade .

En _____ a _____ de _____ de 20__

Asinado:

Asinado: