



MATRICULA

ENSEÑANZAS EN LA QUE SE MATRICULA EL ALUMNO/A:

Nivel Educativo:		Curso	
		:	
Ciclo o Modalidad			

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS:			
NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
LUGAR DE NACIMIENTO:			
NACIONALIDAD:		DNI:	
TELÉFONO:			

SALUD

ESTADO DE SALUD GENERAL:	
VACUNACIONES:	
ENFERMEDADES CRONICAS:	



DATOS FAMILIARES

PADRE/TUTOR:

APELLIDOS:			
NOMBRE:			
ESTADO CIVIL:			
FECHA NACIMIENTO :			
LUGAR DE NACIMIENTO :			
NACIONALIDAD :		DNI :	
TELÉFONO MÓVIL		NIVEL DE ESTUDIOS	
PROFESIÓN:			
*EMPRESA EN LA QUE TRABAJA			
TELÉFONO DE CONTACTO INMEDIATO	OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO:		
E-mail:			

MADRE/TUTORA:

APELLIDOS:			
NOMBRE:			
ESTADO CIVIL:			
FECHA NACIMIENTO:			
LUGAR DE NACIMIENTO:			
NACIONALIDAD :		DNI :	
TELÉFONO MÓVIL		NIVEL DE ESTUDIOS	
PROFESIÓN:			
*EMPRESA EN LA QUE TRABAJA			
TELÉFONO DE CONTACTO INMEDIATO	OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO:		
E-mail:			

DOMICILIO FAMILIAR:

CALLE, Nº, PISO Y PTA			
C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIAL:			
TELÉFONO:			



OTROS DATOS FAMILIARES:

Nº TOTAL DE HERMANOS	(INCLUIDO EL ALUMNO/A)	LUGAR QUE OCUPA	
Nº DE HERMANOS VARONES:		Nº DE HERMANAS:	
OTROS MIEMBROS QUE CONVIVAN EN EL DOMICILIO FAMILIAR:			

AVISOS URGENTES:

En el supuesto de que el centro tenga que realizar avisos urgentes a los padres/tutores, si no pudiéramos localizar en el domicilio familiar o de trabajo, indiquemos otras personas y teléfonos de contacto.

PERSONA DE CONTACTO:	
TELÉFONO:	
PERSONA DE CONTACTO:	
TELÉFONO:	



ALUMNO _____ Curso: _____

COMEDOR ESCOLAR:

¿Utilizara el servicio de Comedor?

Septiembre – Junio

Octubre- Mayo

DOMICILIACIÓN DE PAGOS

DOMICILIACIÓN DE PAGOS*

ENTIDAD BANCARIA													
DOMICILIO													
C.P.				LOCALIDAD					PROVINCIA				
TITULAR DE LA CUENTA:													
CCC													
Iban		Entidad			Sucursal			DC		Número de cuenta			
E	S												

_____, ____ de _____ de 202_

Firmado:



COLEGIO VIRGEN AL PIE DE LA CRUZ
CENTRO CONCERTADO: 46016063
secretaria@cvpcruz.com

