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

MATRICULA

ENSEÑANZAS EN LA QUE SE MATRICULA EL ALUMNO/A:

Nivel Educativo:		Curso :	
Ciclo o Modalidad			

DATOS DEL ALUMNO/A

	NIA		
APELLIDOS:			
NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
LUGAR DE NACIMIENTO:			
NACIONALIDAD:		DNI:	
TELÉFONO:		NUSS	
E-mail.	TELEFONO MOVIL		

DOMICILIO :

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

DATOS FAMILIARES

PADRE/TUTOR:

APELLIDOS:	
NOMBRE.	
DNI	Teléfono Contacto:

MADRE/TUTORA:

APELLIDOS:	
NOMBRE.	
DNI	Teléfono Contacto:

DATOS ACADEMICOS

Curso Anterior:
Centro:
Titulación de acceso:

Repite curso : Si ☐ **No** ☐

MÓDULOS (asignaturas) MATRICULADO/A	
Módulos (asignaturas) pendientes	

¿SOLICITA CONVALIDACION?
Si
Módulos

_____,_____de _____de 20…

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

Firmado:

NOMBRE ALUMNO_____**Curso:**_____

DOMICILIACIÓN DE PAGOS*

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

*Cuotas de enseñanzas en ciclos formativos

_____,_____de_____de 20…..

Firmado: