



NOMBRE:	APELLIDOS:
---------	------------

## AULA ENCLAVE

Autonomía Laboral I (AUB)		Autonomía Personal I (AUP)	
Autonomía Social I (ATM)		Comunicación y Representación I	

## CURSO 2020/2021

En cumplimiento de lo dispuesto en el **artículo 5º de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre**, de protección de datos de carácter personal y demás norma aplicable, se le informa sobre los siguientes extremos que afectan a la recogida de datos: 1) Sus datos personales van a ser incluidos en el fichero de la Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad denominado "Directorio de alumnado". 2) La finalidad exclusiva del fichero es la de facilitar la gestión de esta acción. 3) Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos personales recogidos en este fichero pueden ejercitarse en la Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad. Además, el solicitante o padre/madre/ tutor legal hace constar que **autoriza al IES GUÍA a publicar material multimedia (video e imágenes) de actividades académicas y culturales**. Asimismo, el alumno/a y su familia **quedan informados con el decálogo adjunto y se comprometen a asumir y respetar las Normas Básicas de Convivencia** extraídas de las Normas de Organización y Funcionamiento aprobadas por el Consejo Escolar del IES Guía y que deben consultar en la web [www.iesguia.es](http://www.iesguia.es)

Santa María de Guía ..... de ..... de 20....

Firma del padre/madre/tutor/a

Firma del alumno/a

Fdo.: .....

Fdo.: .....



# MATRÍCULA AULA ENCLAVE 2020/2021



## DATOS DEL ALUMNO/A

CIAL:		N.I.F./N.I.E.:	
NOMBRE:		APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:			
DOMICILIO:		MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:		TELÉFONO FIJO:	
¿Solicita Transporte?(si/no)		<i>(Presentar impreso de transporte junto con la matrícula)</i>	

## DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL

NOMBRE:		APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:		N.I.F./N.I.E.:	
TELÉFONO:	MÓVIL:	E-mail:	
	(obligatorio)	(obligatorio)	

## DATOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL

NOMBRE:		APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:		N.I.F./N.I.E.:	
TELÉFONO:	MÓVIL:	E-mail:	
	(obligatorio)	(obligatorio)	

## Datos médicos relevantes (alergias, tratamientos específicos, ...):

.....

.....

.....