



1	DATOS DEL ALUMNO/A		RELIGIÓN	<input type="checkbox"/>	CURSO 20___/___
			VALORES	<input type="checkbox"/>	NIVEL:
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		DNI/NIE/PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		MUNICIPIO DE RESIDENCIA		PROVINCIA DE RESIDENCIA	
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO	PISO	LETRA	ESCALERA		
TELÉFONOS DE CONTACTO			CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO		

2	DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO/A				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL 1			EN CALIDAD DE		
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO			
HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		DNI/NIE/PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL 2			EN CALIDAD DE		
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO			
HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		DNI/NIE/PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		

3	GUARDA Y CUSTODIA DEL MENOR				
<input type="checkbox"/>	Ambos	<input type="checkbox"/>	Representante legal 1	<input type="checkbox"/>	Representante legal 2
*En caso de padres separados adjuntar sentencia de divorcio/separación y/o convenio donde aparezca régimen de custodia y/o régimen de visitas.					





4	OTROS DATOS DE INTERÉS
¿Padece alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> SÍ. (En caso afirmativo especificar)
¿Sigue algún tratamiento periódico?	<input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> SÍ. (En caso afirmativo especificar)
¿Presenta alergias a algún medicamento? ?	<input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> SÍ. (En caso afirmativo especificar)
¿Presenta intolerancias alimenticias? ?	<input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> SÍ. (En caso afirmativo especificar)
Otras (especificar)	
*En caso afirmativo de enfermedad, alergias a medicamentos e intolerancias alimenticias se debe adjuntar informe médico.	
*En caso afirmativo de seguir algún tratamiento periódico o de tener que suministrar algún medicamento, adjuntar preinscripción médica del mismo y traer el medicamento al inicio del curso escolar.	

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Planificación y Centros cuya dirección es C/ Juan Antonio de Vizarrón s/n. Edificio Torretriana. Isla de la Cartuja. 41092 – Sevilla

b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.ced@juntadeandalucia.es

c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la admisión y matriculación del alumnado de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria y bachillerato en centros, cuya base jurídica se encuentra en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, y en la normativa de desarrollo que se elabora en Andalucía en materia de escolarización.

d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional. La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en las siguientes direcciones electrónicas:

<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/ced/centros/seguridad-y-proteccion-de-datos/proteccion-de-datos/escolarizacion>

