

**SOLICITUD MATRICULA**  
**CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO EN**  
**CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NOCTURNO (SAN201)**  
**CURSO 25/26**

Datos personales del alumno/a				
Apellidos	Nombre	Móvil del alumno/a	DNI / NIE	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Correo electrónico del alumno/a	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Fecha nacimiento	Localidad	Provincia	País	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Datos Familiares: Madres/Padres/Tutores				
Apellidos	Nombre	DNI / NIE	Teléfono móvil	Correo electrónico
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Datos para correspondencia				
Nombre	Dirección	Tfno. fijo familiar	Localidad	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Código postal	Tipo de domicilio	Familiar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Alumno/a <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/>		
Provincia				
2ª Dirección postal (en caso de doble correspondencia):	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Si es nuevo/a alumno/a en el centro, CENTRO DE ESTUDIOS CURSO ANTERIOR (nombre, dirección y localidad)				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Datos de matrícula				
<b>CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO: CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NOCTURNO (SAN201)</b>				
Repite curso : Sí <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>				
<b>1º CURSO</b>		<b>2º CURSO</b>		
<input type="checkbox"/> <b>CURSO COMPLETO</b> <input type="checkbox"/> <b>MÓDULOS SUELTOS</b>		<input type="checkbox"/> <b>CURSO COMPLETO</b> <input type="checkbox"/> <b>MÓDULOS SUELTOS</b>		
<input type="checkbox"/> Técnicas básicas de enfermería <input type="checkbox"/> Higiene del medio hospitalario y limpieza de material <input type="checkbox"/> Formación y orientación laboral		<input type="checkbox"/> Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente <input type="checkbox"/> Técnicas de ayuda odontológica-estomatológica <input type="checkbox"/> Operaciones administrativas y documentación sanitaria <input type="checkbox"/> Relaciones en el equipo de trabajo <input type="checkbox"/> Formación en centros de trabajo		
<b>LEA ATENTAMENTE ESTAS INDICACIONES</b>		Huesca a <input style="width: 50px;" type="text"/> de <input style="width: 50px;" type="text"/> de 2025		
1. No rellene los espacios sombreados. Complimente <b>TODOS LOS DATOS</b> del impreso y hágalo con letras <b>MAYÚSCULAS</b>		Firma del alumno/a, padre/madre/tutor/a		
2. La formalización y firma de este impreso de matrícula supone la responsabilidad sobre la veracidad de los datos cumplimentados y la aceptación expresa de las normas de régimen interno del Centro. (Publicadas en <a href="http://www.iessierradeguara.com">www.iessierradeguara.com</a> )		Firmado		

**ANEXO A LA SOLICITUD DE MATRÍCULA:  
AUTORIZACIONES**

<b>ALUMNO/A</b>	<b>CURSO 25/26</b>
-----------------	--------------------

**ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y EXTRAESCOLARES**

Autorizo

No autorizo

su participación en todas aquellas **actividades complementarias y extraescolares** que se realicen fuera del centro, pero dentro de la ciudad y horario lectivo habitual y que consten en las programaciones de los diferentes departamentos didácticos/familias profesionales, o sean aprobadas por la dirección del centro a lo largo del curso.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DE IMÁGENES**

Según lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales que obliga a recabar autorización expresa del alumno/a o su representante legal.

Autorizo

No autorizo

La utilización con fines educativos de imágenes. A que la imagen del alumno/a pueda salir en los diferentes medios de comunicación siempre que dichas imágenes tengan relación con la actividad del centro.

**A cumplimentar por los ALUMNOS/AS mayores de edad:**

Autorizo

No autorizo

al centro para dar información sobre mi evolución académica a mis madres/padres/tutores/as

**A cumplimentar por padre/madre/tutor de ALUMNOS/AS menores de edad:**

Autorizo

No autorizo

A mi hijo a salir del centro educativo en el periodo del recreo.

**A cumplimentar por padre/madre/tutor de ALUMNOS/AS menores de edad:**

Autorizo

No autorizo

A mi hijo/a a no asistir al centro educativo a 1º y 6º hora los días en los que el docente no acuda a clase previa comunicación por parte del tutor.

Huesca a  de  de 2025

El alumno/a o D./Dña como su representante legal (si el alumno/a es menor de edad)

Fdo: \_\_\_\_\_