

**SOLICITUD MATRICULA
CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR EN
HIGIENE BUCODENTAL (SAN304)
CURSO 25/26**

Datos personales del alumno/a							
Apellidos			Nombre		Móvil del alumno/a	DNI / NIE	
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Correo electrónico del alumno/a			<input type="text"/>				
Fecha nacimiento	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
Datos Familiares: Madres/Padres/Tutores							
Apellidos		Nombre		DNI / NIE	Teléfono móvil	Correo electrónico	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datos para correspondencia							
Nombre			Dirección		Tfno. fijo familiar	Localidad	
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código postal	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>						
2ª Dirección postal (en caso de doble correspondencia):		<input type="text"/>					
Si es nuevo/a alumno/a en el centro, CENTRO DE ESTUDIOS CURSO ANTERIOR (nombre, dirección y localidad)							
<input type="text"/>							
Datos de matrícula							
CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR: HIGIENE BUCODENTAL (SAN304)							
Repite curso : Sí <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>							
1º CURSO <input type="checkbox"/> CURSO COMPLETO <input type="checkbox"/> MÓDULOS SUELTOS				2º CURSO <input type="checkbox"/> CURSO COMPLETO <input type="checkbox"/> MÓDULOS SUELTOS			
<input type="checkbox"/> 0730 Recepción y logística en la clínica dental <input type="checkbox"/> 0731 Estudio de la cavidad oral <input type="checkbox"/> 0732 Exploración de la cavidad oral <input type="checkbox"/> 0733 Intervención bucodental <input type="checkbox"/> 0020 Primeros auxilios <input type="checkbox"/> 1370 Fisiopatología general <input type="checkbox"/> 0741 Formación y orientación laboral <input type="checkbox"/> A113 Lengua extranjera profesional: Inglés 1				<input type="checkbox"/> 0734 Epidemiología en salud oral <input type="checkbox"/> 0735 Educación para la salud ora <input type="checkbox"/> 0736 Conservadora, periodoncia, cirugía e implantes <input type="checkbox"/> 0737 Prótesis y ortodoncia <input type="checkbox"/> 0740 Empresa e iniciativa emprendedora <input type="checkbox"/> A114 Lengua extranjera profesional: Inglés 2 <input type="checkbox"/> 0738 Proyecto de higiene bucodental <input type="checkbox"/> 0741 Formación en centros de trabajo			
LEA ATENTAMENTE ESTAS INDICACIONES					Huesca a <input type="text"/> de <input type="text"/> de 2025 Firma del alumno/a, padre/madre/tutor/a		
1. No rellene los espacios sombreados. Complimente TODOS LOS DATOS del impreso y hágalo con letras MAYÚSCULAS							
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 www.iessierradeguara.com)					Firmado		

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

ALUMNO/A	CURSO 25/26
-----------------	--------------------

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: _____