



DATOS DEL CENTRO	Centro docente donde se matricula		Dirección del centro docente	
	Localidad		Provincia	Código Postal
	Nº Matrícula <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Nº Expediente <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Código del centro <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	

DATOS PERSONALES	Primer apellido		Segundo apellido	Nombre	DNI/NIE
	Fecha de nacimiento <i>(dd/mm/aaaa)</i>		Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	Nº Seguridad Social
	Domicilio		Localidad		Provincia
	Código postal	Correo electrónico	Teléfono móvil	Teléfono fijo	

DATOS FAMILIARES	<i>Cumplimentar en el caso de que el alumno/a sea menor de edad</i>			
	Nombre y apellidos del padre o tutor	DNI/NIE	Teléfono	Correo electrónico
	Nombre y apellidos de la madre o tutora	DNI/NIE	Teléfono	Correo electrónico

DATOS ACADÉMICOS	Últimos estudios realizados	Curso académico	Forma de acceso al ciclo: Prueba de acceso <input type="checkbox"/> Acceso directo <input type="checkbox"/>	
	Centro docente donde estudió el curso anterior (en caso de no ser alumno del centro donde se matricula)			
	Centro docente	Localidad	Provincia	

DATOS DE MATRÍCULA	Se matricula por primera vez en este centro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Paga seguro escolar (menor de 28 años): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Repite curso Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Módulos pendientes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Módulos pendientes de primer curso		Módulos pendientes de segundo curso		
	Estudios para los que solicita matrícula				
	Denominación del ciclo formativo		Grado	Curso	Turno
	¿Solicita exención del módulo profesional de FCT? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicita convalidación de módulos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

En a de de 20

Firma del padre/madre/tutor/tutora (menor de edad)

Firma del alumno/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial.
Finalidad	Matriculación del alumnado para cursar Formación Profesional Inicial.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es/fp/es .

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León 983 327 850).

SR/A. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE



DATOS DEL CENTRO	Centro docente donde se matricula		Dirección del centro docente	
	Localidad		Provincia	Código Postal
	Nº Matrícula <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Nº Expediente <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	Código del centro <i>(a cumplimentar por el centro)</i>	

DATOS PERSONALES	Primer apellido		Segundo apellido	Nombre	DNI/NIE
	Fecha de nacimiento <i>(dd/mm/aaaa)</i>		Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	Nº Seguridad Social
	Domicilio		Localidad		Provincia
	Código postal	Correo electrónico	Teléfono móvil	Teléfono fijo	

DATOS FAMILIARES	<i>Cumplimentar en el caso de que el alumno/a sea menor de edad</i>			
	Nombre y apellidos del padre o tutor	DNI/NIE	Teléfono	Correo electrónico
	Nombre y apellidos de la madre o tutora	DNI/NIE	Teléfono	Correo electrónico

DATOS ACADÉMICOS	Últimos estudios realizados	Curso académico	Forma de acceso al ciclo: Prueba de acceso <input type="checkbox"/> Acceso directo <input type="checkbox"/>	
	Centro docente donde estudió el curso anterior (en caso de no ser alumno del centro donde se matricula)			
	Centro docente	Localidad	Provincia	

DATOS DE MATRÍCULA	Se matricula por primera vez en este centro: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Paga seguro escolar (menor de 28 años): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Repite curso Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Módulos pendientes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Módulos pendientes de primer curso		Módulos pendientes de segundo curso		
	Estudios para los que solicita matrícula				
	Denominación del ciclo formativo		Grado	Curso	Turno
	¿Solicita exención del módulo profesional de FCT? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicita convalidación de módulos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

En a de de 20

Firma del padre/madre/tutor/tutora (menor de edad)

Firma del alumno/a

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial.
Finalidad	Matriculación del alumnado para cursar Formación Profesional Inicial.
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es/fp/es .

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León 983 327 850).

SR/A. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE