Comunidad de Madrid | Dirección de Área Territorial Madrid Capital
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y UNIVERSIDADES

Colegio Bilingüe

CEIP Infanta Leonor

C.C: 28063787

Fecha alta _____ N.º Matriculación _____ Grupo _____

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

(Por favor, cumplimentar en mayúsculas)

DATOS DEL/LA ALUMNO/A

Nombre y Apellidos					
Sexo	Hombre ☐	Mujer ☐	Fecha Nacimiento	DNI/NIE/ PASAPORTE	1ª Nacionalidad
2ª Nacionalidad	País de Nacimiento	Provincia	Municipio		
N.º de Hermanos (Incluido el Alumno)	Lugar que ocupa entre ellos.	Familia Numerosa: General ☐ Especial ☐ Número	Caducidad		

DOMICILIO DEL ALUMNO/A

Provincia	Municipio				
Tipo de Via	Domicilio				
Número	Escalera	Piso	Puerta	**Código Postal**	**Teléfono** **de**
Otro Teléfono de	Otro Teléfono de	Otro Teléfono de			

DATOS FAMILIARES

DATOS DEL PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre y Apellidos	DNI/NIE/ PASAPORTE
Estudios (1)	Profesión / Trabajo (2)
Teléfonos de Contacto /	**Correo Electrónico (IMPRESCINDIBLE)**
Domicilio: calle, plaza,	Localidad

DATOS DE LA MADRE/ TUTORA LEGAL

Nombre y Apellidos	DNI/NIE/ PASAPORTE
Estudios (1)	Profesión / Situación Laboral (2)
Teléfonos de Contacto /	**Correo Electrónico (IMPRESCINDIBLE)**
Domicilio: calle, plaza,	Localidad

(1) Estudios	(2) Situación Laboral
01 Sin estudios. 02 Certificado de escolaridad. 03 Graduado, ESO, FP, grado básico. 04 FP grado medio, Bacchillerato. 05 COU, FP, grado superior. 06 Diplomado, grado medio. 07 Licenciado, Arquitecto, Ing o similar. 08 Doctorado.	01 Trabajador/a a jornada completa. 02 Progenitor unico trabajando a jornada completa. 03 Trabajador/a a tiempo parcial. 04 Progenitor único trabajando a jornada parcial. 05 Trabajador/a fijo/a/ discontinuo 06 Progenitor único trabajando fijo/ discontinuo 07 No trabaja

OTROS DATOS FAMILIARES:

Nº de hijos _____ Lugar que ocupa entre ellos _____

Nombre de los hermanos en el Centro:

DATOS ACADÉMICOS:

Número Identificación Académica (NIA) _____ Infantil ☐ Primaria ☐

NOMBRE DEL COLEGIO DE PROCEDENCIA:

Código Centro _____ Curso de últimos estudios _____

Dirección del colegio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

ENSEÑANZA RELIGIOSA O ALTERNATIVA:

Religión Católica ☐

Atención Educativa / Valores ☐

COMEDOR:

SI ☐ **Día / Mes comienzo** _____ **/** _____

NO ☐

Observaciones para la atención sanitaria (Alergias, intolerancias, diabetes…).

Para que el Centro pueda dar una adecuada respuesta a la Intolerancia/ Alergia que presente vuestro hijo/a, tienen que aportar informe médico en el que se indique de forma clara y detallada las necesidades que esta patología pueda determinar.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero de RAÍCES, cuya finalidad es el registro y gestión de los datos personales, familiares y académicos de los alumnos y exalumnos de los centros docentes no universitarios de la Comunidad de Madrid, inscrito en el Registro de ficheros de datos personales de la Agencia Española de Protección de Datos http://dpd.educa2.madrid.org/ .Los datos solo podrán ser cedidos cuando resulte necesario para la tramitación del expediente. También podrán realizarse cesiones a los Tribunales, al Defensor del Pueblo y otras previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Delegación de Protección de Datos de la Consejería de Educación, Ciencia y Universidades de la Comunidad de Madrid. Para ejercer los derechos de cancelación en cuya dirección el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante solicitud dirigida al mismo (C/ Santa Hortensia, 30, 28002 Madrid), todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

*He leído y comprendido la información sobre protección de datos. **IMPORTANTE**: Es necesario marcar que ha leído y comprendido la información básica de protección de datos. **SI** ☐ **NO** ☐*

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Deben firmar ambos progenitores o tutores legales

Firma padre/ tutor legal

Firma madre/ tutora legal