

"Programa cofinanciado por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Fondo Social Europeo Plus (FSE+)"

MATRÍCULA CURSO ACADÉMICO 20 - 20

Datos personales del alumno/a

NIA:

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre:

DNI/NIE/Pasaporte:

Fecha de nac.: Localidad de nac.: Provincia: País:

1ª Nacionalidad: 2ª Nacionalidad:

Nivel académico del alumno/a

- ☐ Educación Infantil: ☐ 0-1 año ☐ 1-2 años ☐ 2-3 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años
☐ Educación Primaria: ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º

Domicilio del alumno/a

Dirección: Código postal:

Municipio: Provincia: Teléfono:

Datos personales de la madre / tutora legal

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre:

DNI/NIE/Pasaporte: Fecha de nac.: Nacionalidad:

Teléfono personal: Teléfono del trabajo:

Datos personales del padre / tutor legal

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre:

DNI/NIE/Pasaporte: Fecha de nac.: Nacionalidad:

Teléfono personal: Teléfono del trabajo:

Otros teléfonos de contacto

Teléfono: Teléfono: Teléfono:

Firma (madre/tutora legal):

Firma (padre/tutor legal):

"Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguientes enlace www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento."

"Programa cofinanciado por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Fondo Social Europeo Plus (FSE+)"

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a.....con DNI/NIE/Pasaporte:.....
y domicilio en.....
de la localidad de..... código postal.....
con teléfono móvil....., en calidad de.....del alumno/a:
.....nacido/a el:
(día) de (mes) de (año)

DECLARO:

Que el impreso de solicitud de admisión al que se adjunta esta declaración está firmado por uno solo de los progenitores debido a:

- ☐ Familia monoparental
- ☐ Fallecimiento del otro progenitor
- ☐ Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial
- ☐ Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- ☐ Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor, por residencia en otro país o desconocimiento de su domicilio
- ☐ Consentimiento expreso del otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- ☐ Otras circunstancias (a especificar cuál):

.....
.....

Para lo que aporta la siguiente documentación:

.....
.....
.....

Que es consciente de que esta decisión queda condicionada al conocimiento y conformidad del otro progenitor/a y, en caso de disconformidad, a lo que decida el órgano judicial competente.

Para que así conste y surta los efectos oportunos

Firma la presente declaración en, a de de 20

FIRMA DEL INTERESADO/A

"Los datos personales recogidos en este formulario serán de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace: www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento."