

1	DATOS DEL ALUMNO O LA ALUMNA		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI / NIE	
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa)	TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:	

2	DATOS DE LAS PERSONAS QUE OSTENTAN SU GUARDA Y CUSTODIA (Si es menor de edad)		
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA GUARDADORA 1		DNI / NIE	
TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:	RELACIÓN (Padre, madre o tutor/a legal):	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA GUARDADORA 2		DNI / NIE	
TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:	RELACIÓN (Padre, madre o tutor/a legal):	

3	EXPONE		
Que durante el presente curso actual el alumno o alumna se cuenta matriculado/a en;			
DENOMINACIÓN DEL CENTRO DOCENTE EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO/A:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
ESTUDIOS QUE CURSA		NIVEL:	
MODALIDAD:			

4	SOLICITA		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO DOCENTE AL QUE SE TRASLADA:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	

5 CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN EL TRASLADO

Dicha solicitud se realiza de acuerdo con los siguientes motivos:

6 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se acompaña.

En , a de de

TUTOR 1

TUTOR 2

EL ALUMNO/A

Fdo: _____ Fdo: _____ Fdo: _____