



SOLICITUD DE MATRÍCULA 2º E.S.O. LOMLOE (Cumplimentar con letra clara en mayúsculas)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		DNI	
(Domicilio familiar) CALLE O PLAZA, NÚMERO, PISO, BLOQUE				LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
PROVINCIA	TELÉFONO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	LOCALIDAD DE NACIMIENTO		PROVINCIA DE NACIMIENTO		
PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD		TELÉFONO MÓVIL ALUMNO	CORREO ELECTRÓNICO ALUMNO			
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE O TUTOR			DNI	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO MÓVIL PADRE		
PROFESIÓN DEL PADRE		ESTUDIOS DEL PADRE		CORREO ELECTRÓNICO PADRE			
NOMBRE Y APELLIDOS MADRE O TUTORA			DNI	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO MÓVIL MADRE		
PROFESIÓN DE LA MADRE		ESTUDIOS DE LA MADRE		CORREO ELECTRÓNICO MADRE			
*(En caso de progenitores separados) CALLE O PLAZA, NÚMERO, PISO, BLOQUE (del padre o la madre)				C.P. y LOCALIDAD		PROVINCIA	
Nº DE HERMANOS (INCLUIDO EL ALUMNO):			Nº QUE OCUPA:		FAMILIA NUMEROSA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

***Si los progenitores estuviesen separados, indicar con un (*) en los datos personales con quién vive el alumno/a**

D./D^a _____ padre/madre/tutor/tutora del alumno cuyos datos figuran en el presente impreso, SOLICITA que sea matriculado en **SEGUNDO CURSO LOMLOE** de Educación Secundaria Obligatoria:

MATERIAS		Períodos lectivos	
MATERIAS	Tutoría	1	
	Educación Física	2	
	Física y Química	3	
	Geografía e Historia	3	
	Lengua Castellana y Literatura	4	
	Matemáticas	4	
	Música	3	
	Primera Lengua Extranjera -Inglés-	3	
MATERIAS OPTATIVAS	Cultura Clásica	3	
	<input type="checkbox"/> Medidas de atención educativa <input type="checkbox"/> Religión Católica <input type="checkbox"/> Otras religiones:	Elija una asignatura *Si elige una asignatura de Religión, deberá también entregar la correspondiente solicitud firmada.	2
	LIBRE CONFIGURACIÓN AUTONÓMICA	Segunda Lengua Extranjera-Francés- *El centro determinará si el alumno (debido a dificultades de aprendizaje) puede cursar una materia de refuerzo instrumental, CLE o CMA, en lugar de la Segunda Lengua Extranjera.	2
Periodos semanales		30	

¿Repite Curso? SI NO // Indique el nº de asignaturas suspensas en: 1º de E.S.O. _____

¿Es nuevo en el Centro? SI NO Centro de procedencia _____

Para los alumnos/as que pertenecen a la **Sección Bilingüe** :

CONTINÚA EN **SECCIÓN BILINGÜE**: SI NO *

*El abandono del Programa Bilingüe será definitivo para el resto de cursos de E.S.O.

_____, a _____ de _____ de 20____

FIRMA

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Política Educativa Escolar con la finalidad de gestionar el proceso de matriculación de alumnos en centros.

El tratamiento de estos datos es necesario para el ejercicio de un poder público. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es