| | | | |
|---|---|---|---|
| DESDE 1984 | CPEIP San Juan de la Cadena<br>**PAMPLONA** | **DATOS DE MATRÍCULA** | **Curso: 2017-2018** |

Etapa: _____ Curso: _____

## DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

**Apellido 1** | **Apellido 2** | **Nombre** | **DNI o Pasaporte**

**Sexo**
◯ Hombre ◯ Mujer

**Fecha Nacimiento** ___ / ___ / ___

**Nacionalidad** | **Localidad de Nacimiento**

**Núm.Hermanos (incluyéndose)** | **En el centro** | **Posic. Hermanos**

**Centro de Procedencia** | **Dirección del Centro de procedencia**

## DOMICILIO

**Localidad** | **Dirección** | **C.P.** | **Tipo domicilio**

Padres
Madre
Padre
Tutor legal
Familia

**Teléfono domicilio** | **Teléfono 2** | **Teléfono 3**

**Dirigir correo a:** Padre ☐ Madre ☐ Tutor/a: ☐

**Persona de Contacto** | **Persona de contacto**

## DATOS DEL PADRE O TUTOR DEL ALUMNO/A

**Apellido 1** | **Apellido 2** | **Nombre** | **DNI o Pasaporte**

**Sexo**
◯ Hombre ◯ Mujer

**Fecha Nacimiento** ___ / ___ / ___

**Nacionalidad** | **Localidad de Nacimiento**

**Profesión** | **Estudios** | **E-mail**

## DATOS DE LA MADRE O TUTORA DEL ALUMNO/A

**Apellido 1** | **Apellido 2** | **Nombre** | **DNI o Pasaporte**

**Sexo**
◯ Hombre ◯ Mujer

**Fecha Nacimiento** ___ / ___ / ___

**Nacionalidad** | **Localidad de Nacimiento**

**Profesión** | **Estudios** | **E-mail**

## OTROS DATOS

**Entidad Seguro enfermedad** | **Nº Seguro enfermedad** | **Servicio urgencia**

Cuenta del Banco/Caja _____

Nº ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐- Declaro bajo juramento que los progenitores/tutores estamos conformes con esta solicitud.

Pamplona, ..... de junio de 2017

Firma padre/tutor Firma madre/tutora,

**NOTA: Si durante el tiempo que dure la escolarización en este Centro, cambia alguno de los datos anteriores, rogamos lo comuniquen a Secretaría del Centro**