

FULL DE MATRÍCULA

NIVELL PLAÇA SOL·LICITADA: _____

DADES DE L'ALUMNE

NOM _____ COGNOMS _____ SEXE: HOME / DONA

DNI/NIE/PASS _____ DATA NAIXEMENT _____ PAÍS NAIXEMENT _____

MUNICIPI NAIXEMENT _____ NACIONALITAT _____ MÒBIL ALUMNE _____

ADREÇA _____ CODI POSTAL _____

MUNICIPI _____ CORREU ELECTRÒNIC _____

DADES ESCOLARS

CURS ANTERIOR _____ CENTRE DE PROCEDÈNCIA _____

ANY D'INCORPORACIÓ AL SISTEMA EDUCATIU ESPANYOL: _____ (Només omplir si l'alumne ha viscut a l'estranger)

INFORMACIÓ SANITÀRIAPATEIXES ALGUN TIPUS D'AL·LÈRGIA? SI NO

QUINA? _____

PATEIXES ALGUN TIPUS DE MALALTIA CRÒNICA? SI NO

QUINA? _____

CONTACTE PRINCIPAL

PARENTIU _____ NOM _____ COGNOMS _____

DNI/NIE/PASS _____ MÒBIL _____ TELÈFON FIX _____

ADREÇA CORREU ELECTRÒNIC _____

ALTRES CONTACTES

PARENTIU _____ NOM _____ COGNOMS _____

DNI _____ MÒBIL _____ CORREU ELECTRÒNIC _____

PARENTIU _____ NOM _____ COGNOMS _____

MÒBIL _____ CORREU ELECTRÒNIC _____

Els informem que amb l'objectiu d'agilitzar els processos comunicatius entre el centre i les famílies, la major part de les comunicacions es realitzaran mitjançant el correu electrònic.

Les dades del **contacte principal són les que el centre farà servir per establir les comunicacions i a qui enviarà el missatge en cas de falta d'assistència injustificada de l'alumne/a.**

Informació bàsica sobre protecció de dades**Responsable del tractament:** Direcció del centre educatiu.**Finalitat:** Autorització difusió d'imatge/veu i material elaborat als espais de comunicació i difusió del centre.**Legitimació:** Consentiment de l'interessat.**Destinataris:** Les dades no es comunicaran a tercers, excepte en els casos previstos per llei.**Drets:** Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se al tractament i sol·licitar-ne la limitació.**Informació addicional:** Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina <http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/proteccio-dades/informacio-addicional-tractaments/personal-centres-departament.html> He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades i autoritzo el tractament de les meves dades personals.

CONFIRMO QUE LES DADES INDICADES AMB ANTERIORITAT SÓN CORRECTES

NOM I COGNOMS PARE/MARE/TUTOR/A: _____

Signatura

Autorització per a les sortides i activitats complementàries escolars

En aquest centre, segons és costum des de fa anys i amb el consens del Consell Escolar, les autoritzacions per a les activitats complementàries (sortides de matèries, treball de síntesi, projecte de recerca, ...) fora del centre es fan a principi de curs, per a tot l'any escolar, per tant:

En/na _____

com a pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a

de l' Institut Menéndez y Pelayo de Barcelona, autoritzo la participació del meu fill/a en les sortides escolars i activitats complementàries a desenvolupar mentre l'alumne consti matriculat al nostre centre.

Signatura del pare, mare o tutor o tutora legal de l'alumne o alumna

Barcelona, d de 20

DOCUMENTACIÓ QUE S'HA DE PRESENTAR AMB LA MATRÍCULA

- Fotocòpia DNI / NIE alumne/a (obligatori a partir dels 14 anys).
- Fotocòpia certificat mèdic d'al·lèrgia i/o malaltia crònica (només alumnes afectats).
- Documents de matrícula, degudament omplerts i signats pel responsable legal de l'alumne/a.
- Resguard del pagament de la quota corresponent.

QUOTA CURS 2020-2021

Import quota: 170 €

L'alumne/a haurà d'ingressar l'import de 170 € com a pagament corresponent a les diferents activitats escolars que realitzin els alumnes durant el curs 2020-2021, al material i a l'assegurança escolar.

COM FER EL PAGAMENT

Els pagaments els podeu fer de tres formes:

Opció 1: Pagament directament al caixer automàtic del "BANC SABADELL".

1. Podeu fer un ingrés en efectiu mitjançant el caixer automàtic.
2. Poseu els diners en un sobre que us facilita el caixer.
3. Heu d'escriure el nom de l'alumne/a i el curs que farà al sobre.

Opció 2. Pagament per transferència bancària online.

1. Accedim a la web de l'entitat bancària corresponent.
2. Anem a l'apartat de "Transferències".
3. Indiquem l'import de la transferència.
4. Afegim els dígits del número de compte de l'institut:
ES93-0081-0631-33-0001312435
5. Com a concepte heu d'indicar el nom de l'alumne/a i el curs que farà.
6. Validem l'operació i imprimim el comprovant.

Opció 3. Pagament en finestra de les oficines del Banc Sabadell.

1. Podeu fer l'ingrés en efectiu en les finestretes de les oficines.
2. Heu d'indicar el nom de l'alumne/a i el curs que farà.

En aquesta tercera opció és possible que el banc us cobri una comissió.

És molt important que indiqueu les dades de l'alumne/a a l'hora de fer els pagaments i que lliureu el comprovant del pagament amb la resta de documents de matrícula.

PROTOCOL DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ PER ALUMNES AMB MALALTIES GREUS I/O AL·LÈRGIES

Marqueu la casella corresponent:

- El meu/va fill/a NO té cap al·lèrgia i/o malaltia greu.
- El meu/va filla/a té alguna al·lèrgia i/o malaltia greu. En aquest cas ha d'omplir el següent qüestionari i lliurar a secretaria un certificat del metge que acrediti la malaltia i/o al·lèrgia.

Nom de l'alumne	Data de naixement	Grup
Telèfons de contacte:		
1.-	pertany a:	
2.-	pertany a:	
3.-	pertany a:	
Tipus de malaltia:		
Tipus d'al·lèrgia (aliments i/o substàncies):		
Tipus de reacció (urticària a la pell, vòmits, desmai, dificultats respiratòries, pèrdua del coneixement, xoc anafilàctic, ...):		

Protocol a seguir (En cas de no tenir cap protocol establert, fer-ho constar):

CONFIRMO QUE LES DADES INDICADES AMB ANTERIORITAT SÓN CORRECTES

RESPONSABLE LEGAL DE L'ALUMNE/A _____

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Direcció del centre educatiu.

Finalitat: Control del protocol a seguir en cas d'al·lèrgia i/o malaltia dels alumnes.

Legitimació: Consentiment explícit de l'interessat o la persona que ostenta la representació legal.

Destinataris: Les dades no es comunicaran a tercers, excepte en els casos previstos per llei.

Drets: Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se al tractament i sol·licitar-ne la limitació.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina

<http://ensenyament.gencat.cat/ca/Detall/alumnes-centres-departament>

He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades i autoritzo explícitament el tractament de les meves dades

Signatura

Barcelona, ____ d _____ de 20__

AUTORITZACIÓ ACTIVITAT FÍSICA

Benvolgudes famílies,

Com a mesura de prevenció, us demanem que ompliu i retorneu signat aquest document per tal de conèixer millor les condicions físiques del vostre fill/a.

Dades del responsable legal de l'alumne/a


Nom i cognoms: _____ DNI/NIE/Pass.: _____

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms: _____ DNI/NIE/Pass.: _____

Grup actual: _____

Escolliu una opció:

- No pateix cap malaltia que li impedeixi desenvolupar normalment l'àrea d'Educació Física. 

- Pot realitzar, de forma parcial, la classe d'Educació Física, doncs pateix la següent malaltia, certificada pel metge (assenyaleu quin tipus d'activitat física no pot realitzar i la durada prevista de la circumstància que es comunica):

- No pot realitzar cap classe d'Educació Física perquè pateix la següent malaltia certificada pel metge (assenyaleu la durada prevista de la circumstància que es comunica):

AUTORITZACIÓ ACTIVITAT FÍSICA

Validesa del document: Fins la finalització de l'escolarització de l'alumne al centre.

Si us plau, afegiu qualsevol informació que considereu d'importància o que pugui afectar el vostre fill/a en el moment de fer alguna activitat física.

Us recordem que és responsabilitat de les famílies informar al centre de qualsevol canvi a les dades proporcionades.

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Direcció del centre educatiu.

Finalitat: Control dels alumnes que no poden realitzar la matèria d'educació física.

Legitimació: Consentiment explícit de l'interessat o la persona que ostenta la representació legal.

Destinataris: Les dades no es comunicaran a tercers, excepte en els casos previstos per llei.

Drets: Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se al tractament i sol·licitar-ne la limitació.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina <http://ensenyament.gencat.cat/ca/Detall/alumnes-centres-departament>

He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades i autoritzo explícitament el tractament de les meves dades

CONFIRMO QUE LES DADES INDICADES AMB ANTERIORITAT SÓN CORRECTES

Signatura del responsable legal de l'alumne/a

Barcelona, ____ d _____ de 20__



En/Na _____, amb
DNI/NIE/Passaport núm. _____, com a responsable legal de
l'alumne/a _____ faig constar que el meu fill/a, **NO**
formalitzarà la matrícula pel curs 2020 – 2021, deixant la plaça vacant per un/a altre/a
alumne/a que estigui interessat/da en ocupar-la.

A continuació exposo els motius pels qual hem decidit que no continuï matriculat al centre:

I, perquè consti, signa aquest document.

Barcelona, ____ de _____ de 20__

Signatura del responsable legal de l'alumne/a