



Centro de F.P.  
**Hernández Vera**

**IMPRESO DE MATRÍCULA  
CICLOS FORMATIVOS DE GRADO MEDIO**

**PO-02-R02**

**CURSO ESCOLAR: 20 \_\_\_ /20 \_\_\_**

(Fotografía)	APELLIDOS: _____ NOMBRE _____	
	D.N.I.:	Nº S SOCIAL:
	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
	Provincia:	Nación:
	Forma de acceso: ESO <input type="checkbox"/> FPB <input type="checkbox"/> Prueba de acceso <input type="checkbox"/> Otra: _____	
	Último curso escolar matriculado: 20 ___ /20 ___	
Últimos estudios cursados: _____		
Centro educativo: _____		

**DOMICILIO ALUMNO:**

Calle o plaza	Nº	Piso/letra
Localidad	Provincia	CP
		Teléfono
e-mail		

**DATOS FAMILIARES**

Nombre y apellidos del padre o tutor legal	
email	Teléfono
Nombre y apellidos de la madre o tutora legal	
email	Teléfono
Nº hermanos (incluido el alumno)	Lugar que ocupa

Custodia (alumnos menores de edad)	Padre	Madre	Ambos
------------------------------------	-------	-------	-------

**CURSO EN EL QUE SE MATRICULA (marcar con una X)\***

CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO	1º	2º	(solo FCT)
ACTIVIDADES COMERCIALES (título LOE)			
PELUQUERÍA Y COSMÉTICA CAPILAR (título LOE)			

\*La matrícula está condicionada a que se alcance el número mínimo de alumnos.

REPITE CURSO (marcar con una X): Sí  PARCIALMENTE  TOTALMENTE

<b>MÓDULOS PENDIENTES CURSO ANTERIOR</b>

Solicita convalidación de algún módulo profesional: S/N \_\_\_\_\_

Solicita exención del módulo profesional de FCT (Orden ECD/2159/2014, BOE de 20 de noviembre)-(Solo para alumnos de segundo) S/N \_\_\_\_\_

Santa Marta de Tormes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(Firma)

Secretaría (sello)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante/padre/madre/tutor legal)