

CIFASA

EFA MORATALAZ Centro de Iniciativas para la Formación Agraria, S.A.
 Código centro educativo: 13003877 CIF: A41021957

SOLICITUD DE MATRÍCULA**CURSO 20 ___/20 ___****ENSEÑANZA EN LA QUE SE MATRICULA:**

NO PEGAR LA FOTOGRAFÍA

Indicar módulos pendientes en los que se matricula:

DATOS PERSONALES

¿Ha cambiado alguno de sus datos como domicilio o teléfono?

SI NO

Nº EXPEDIENTE

1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DOC. IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROVINCIA	PAÍS
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	

DATOS FAMILIARES

PADRE o TUTOR	<input type="checkbox"/> AUTORIZO AL CENTRO PARA QUE ME NOTIFIQUEN LAS FALTAS DE ASISTENCIA		
1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DOC. IDENTIDAD
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO (SÓLO EN CASO DE SER DISTINTO)		LOCALIDAD	PROVINCIA
MADRE o TUTORA	<input type="checkbox"/> AUTORIZO AL CENTRO PARA QUE ME NOTIFIQUEN LAS FALTAS DE ASISTENCIA		
1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DOC. IDENTIDAD
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO (SÓLO EN CASO DE SER DISTINTO)		LOCALIDAD	PROVINCIA

OTROS DATOS

¿Se matricula en este centro por 1ª vez?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Repite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Traslada matrícula?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Centro de procedencia:
 Población:
 Estudios de acceso:

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA: Impreso de solicitud de matrícula Fotocopia DNI
 Fotocopia compulsada titulación de acceso Resguardo ingreso Seguro Escolar Solicitud de Convalidación
 2 fotografías tamaño carnet Fotocopia Título de Familia Numerosa

LA PERSONA INTERESADA, ABAJO FIRMANTE, O EN CASO DE MENORES, LOS PADRES O TUTORES, SOLICITAN LA MATRÍCULA EN EL CENTRO

En _____, a ____ de ____ de 20____

FIRMA, ALUMN@ MAYOR DE EDAD

FIRMA, PADRE/TUTOR

FIRMA, MADRE/TUTORA

