



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación y Ciencia

CEIP Tres Torres

c/ Miguel Ángel, 55 – Ugena – Toledo

Tfno.: 925 53 39 90 – e-mail: 45011847_cp@edu.iccm.es

Web: <http://ceip-trestorres.centros.castillalamancha.es/>



MATRICULACIÓN CURSO 2024/2025

DOCUMENTACIÓN:

- FOTOCOPIA DEL DNI DEL PADRE Y LA MADRE Ó TUTORES LEGALES.
- FOTOCOPIA DEL LIBRO DE FAMILIA DE LAS HOJAS DE LOS PADRES Y DE LA QUE APAREZCA EL ALUMNO/A QUE SE VA A MATRICULAR.
- 4 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET.
- COMPLETAR LOS IMPRESOS QUE SERÁN FACILITADOS EN SECRETARÍA DEL CENTRO.
- CERTIFICADO DE TRASLADO DEL COLEGIO DE PROCEDENCIA (PARA LOS ALUMNOS QUE NO SEAN DE 3 AÑOS).

NOTA:

Si van hacer uso del comedor escolar o utilizar el servicio de transporte comunicarlo al centro.



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación y Ciencia

IMPRESO DE MATRÍCULA EN CENTROS EDUCATIVOS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS E. INFANTIL Y E. PRIMARIA CURSO 2024 / 2025

Fecha y lugar de presentación de la solicitud.

Sello del Centro

DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Form fields for student data: Nombre, DNI - NIE - Pasaporte, Número de Identificación Escolar, Primer Apellido, Segundo Apellido, Fecha Nacimiento, Municipio de Nacimiento, Provincia de Nacimiento, Familia Numerosa, Localidad Nacimiento, País de Nacimiento, NACIONALIDAD.

DATOS DEL PADRE Y DE LA MADRE O DE LOS TUTORES

TUTOR/A 1

Form fields for Tutor 1: Nombre, DNI - NIE - Pasaporte, NACIONALIDAD, Primer Apellido, Segundo Apellido, correo electrónico.

TUTOR/A 2

Form fields for Tutor 2: Nombre, DNI - NIE - Pasaporte, NACIONALIDAD, Primer Apellido, Segundo Apellido, correo electrónico.

DATOS DEL DOMICILIO FAMILIAR

Form fields for family address: Calle, Avenida, Plaza..., Nº, Portal, Piso, Puerta, Municipio, Provincia, Cod. Postal, Teléfono, Teléfono Urgente.

IMPORTANTE: Si los datos anteriores contienen errores, solicite la hoja de modificación de datos personales para corregirlos.

DATOS ACADÉMICOS DEL CURSO ANTERIOR: (solamente para cambio de Centro)

El solicitante durante el curso 2008/2009 estuvo matriculado en el curso ___ de ___ en el centro ___ de la localidad ___, provincia de ___.

D./Dña. _____ o D./Dña _____

como padre, madre o tutor/a legal del alumno, mediante este impreso, formaliza su matrícula en el centro en el curso 2023 / 2024, para cursar las enseñanzas

E. Infantil

Table for E. Infantil with columns for 1º (3 años), 2º (4 años), and 3º (5 años) with checkboxes.

E. Primaria

Table for E. Primaria with columns for 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, and 6º with checkboxes.

Nota: En el caso de que el alumno vaya a cursar la asignatura de Religión, deberá cumplimentar y presentar el correspondiente impreso de solicitud que será facilitado en la Secretaría.

Igualmente, solicita que el alumno o alumna pueda disfrutar de los servicios de: [] TRANSPORTE

En _____, a _____, de _____, de _____ Firma

De conformidad con las disposiciones de la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD), la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha le informa que los datos recogidos serán objeto de tratamiento automatizado y pasarán a formar parte del fichero "delphos-alumnos", inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos. Dicho fichero tiene como finalidad la gestión administrativa y académica de los alumnos y el órgano responsable es la Secretaría General de Educación y Ciencia. De acuerdo con el artículo 5 de la LOPD, la Consejería de Educación y Ciencia le informa que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante una solicitud escrita a: Secretaría General de Educación y Ciencia, Bulevar del Río Alberche s/n - 45071, Toledo.

SR./SRA. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO DOCENTE Nombre del centro

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER A MI HIJO DEL CENTRO

Sr Directo/a con el presente escrito autorizo a las siguientes personas para recoger a mi hijo del centro educativo los días que no pueda ir.

ALUMNO.....NIVEL.....

PERSONAS AUTORIZADAS	

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE REACCIONES ALÉRGICAS CEIP
"TRES TORRES"**

Nombre y apellidos

Curso

Nombre y apellidos del padre y madre

Teléfonos de contacto en
caso de emergencia

Tutor/a

Asma: SI NO

Alergias / Intolerancias

En el caso de que estas alergias/intolerancias fuesen alimenticias ¿Qué alimentos lo contienen?

En caso de producirse la reacción alérgica ¿Qué hacer? (Cumplimentar por pediatra/alergólogo)

PROTOCOLO

1. No dejar nunca al niño solo

2. Llamar al



3. Avisar a la familia

ADJUNTAR INFORME MÉDICO

Fdo: _____
Padre/madre

Fdo: _____
Facultativo

**PERMISO FAMILIAR PARA ATENCIÓN SANITARIA Y TRASLADO AL CENTRO DE SALUD
 CEIP
 “TRES TORRES”**

Nombre y apellidos

Curso

Nombre y apellidos del padre y madre

Teléfonos de contacto en caso de emergencia

Tutor/a

A pesar de la atención y cuidado de los maestros/as del centro de sus alumnos/as es inevitable que surjan accidentes dentro del centro, por lo que seguiremos el siguiente **protocolo de actuación**:

1. Avisar telefónicamente a la familia (padre/madre/tutor legal) del alumno/a.
2. En caso de ser necesaria intervención médica, **desplazar al alumno/a al Centro de Salud de la localidad**, cuando el padre, madre o tutor legal del mismo no puedan hacerse cargo del alumno/a por encontrarse trabajando o fuera de la localidad; o por la urgencia de atención médica del alumno/a.

Para ello debemos contar con el consentimiento de ustedes, como responsables legales que son de su hijo/a.

Si desean cualquier aclaración sobre este aspecto, no duden en acudir al tutor/a del curso.

- Permiso de la familia (padre/madre/tutor legal) para desplazarlo al Centro de Salud de la localidad:** (marcar con una cruz)

Doy mi consentimiento, para que el **alumno/a sea desplazado** a lo largo del presente curso académico por el tutor/a o cualquier otro profesor del equipo educativo autorizado del centro, para **recibir la asistencia sanitaria** médica precisa; **asumiendo la responsabilidad de los incidentes ajenos al profesorado que puedan ocurrir en el trayecto.**

No doy mi consentimiento, para que el alumno/a sea desplazado fuera del centro educativo, por lo que permanecerá al cuidado de su tutor/a hasta que su padre, madre o tutor legal acudan a por él/ella; **asumiendo las responsabilidades que de ello se deriven.**

OBSERVACIONES:

En _____ a _____ de _____ de 20__



Consejería de Educación y Ciencia
CEIP Tres Torres
c/ Miguel Ángel, 55 – Ugena – Toledo
Tfno.: 925 53 39 90 – e-mail: 45011847_cp@edu.iccm.es
Web: <http://ceip-trestorres.centros.castillalamancha.es/>



Estimadas Familias:

Necesitamos una autorización para que el alumno pueda participar en las actividades del centro que se realicen dentro de la localidad de Ugena en horario lectivo, es necesario que cumplimenten esta autorización.

D/D^a _____ como
padre/madre/tutor/tutora del alumno/a _____
del _____ curso,

- AUTORIZO**, a participar en todas las actividades que realice el Centro, dentro de la localidad de Ugena en horario lectivo
- NO AUTORIZO**, a participar en todas las actividades que realice el Centro, dentro de la localidad de Ugena en horario lectivo

Fdo: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN SERVIRÁ PARA TODA LA ESCOLARIZACIÓN DEL ALUMNO, SI EN ALGÚN MOMENTO QUIERE MODIFICARLA TENDRÁ QUE NOTIFICARLO AL CENTRO, PARA RELLENAR UNA NUEVA.



SOLICITUD DE LOS PADRES/TUTORES PARA QUE SU HIJ@ CURSE LA ENSEÑANZA DE RELIGIÓN

(A rellenar únicamente por los padres/tutores que voluntariamente quieran que su hij@ reciba enseñanzas de religión)

D/Dña _____ tutor/a del
alumn@ _____ de la Etapa de Educación
_____ de conformidad con la Disposición Adicional Segunda de la
Ley Orgánica 10/2002, de 23 de Diciembre, y acogiéndome al Artículo 3, punto 1, del Real Decreto
2438/1994, de 16 de Diciembre por el que se regula la enseñanza de la Religión, que dice “los padres o
tutores de los alumnos, o ellos mismos si fueran mayores de edad, manifestarán voluntariamente, al
Director del Centro al comienzo de cada Etapa o nivel educativo o en la primera adscripción del
alumnado al centro su deseo de cursar las enseñanzas de Religión, sin perjuicio de que la decisión
pueda modificarse al inicio de cada curso escolar”, SOLICITO que mi hij@ reciba durante el curso
escolar 2019/2020, y mientras no modifique esta decisión, las enseñanzas de Religión
_____ (católica, u otra religión respecto de cuya enseñanza el Estado tenga suscritos
acuerdos).

En Ugena, a _____ de _____ de 20_____

Firma

Fdo:



POLITICA DE PRIVACIDAD DE DATOS Y DERECHO A LA PROPIA IMAGEN.

*Los datos recogidos en los distintos cuestionarios pasan a formar parte de un fichero automatizado destinado al mantenimiento de la **información necesaria para la gestión administrativa y académica, pudiendo ser utilizado por las administraciones educativas en el ámbito de sus competencias.***

Sobre dichos datos se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según la aplicación de la normativa legal vigente, ante la Dirección del Centro.

Las imágenes que sean tomadas en los actos del colegio serán usadas únicamente en el ámbito educativo del colegio, no siendo cedidas en ningún caso a empresas, particulares e instituciones. Sobre dichas imágenes los titulares o sus padres/tutores tienen los derechos que le asiste el Reglamento General de Protección de Datos Europeo 2016/976.

Por este motivo le pedimos la **autorización para poder poner en la página web del colegio las fotos que realizamos en las distintas actividades que, de esta forma, puedan verlas e imprimirlas.** En todo momento les asiste el derecho a rectificar la decisión que tomen en este momento.

D/Dña. _____

Padre/madre/tutor/a del alumno _____

SI

NO

Autoriza al centro a poner las fotos de las actividades en las que sale su hijo/a en la página web del centro.

Fdo.:



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes
Secretaría General

120036

Código SIACI
SI4JS

Importante rellenar
NIVEL/CURSO: FECHA DE ALTA:

_____ ° _____/____/2024

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR 2024-25

I. DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre 1º Apellido 2º Apellido

NIF NIE N° de Documento Fecha de Nacimiento:

Domicilio Población

Provincia Código Postal Teléfono

En caso de padecer alergia o intolerancia a algún alimento o sustancia, indique cual (obligatorio presentar informe médico donde se indique tipo de alergias o intolerancias como se recoge en el punto 5):

2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (PADRE-MADRE-TUTOR/A)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido NIF NIE N° de Documento:

Mujer Hombre

Domicilio

Localidad Código Postal

Teléfonos Email

El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.

3. INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

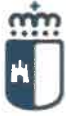
Responsable:	Secretaría General de Educación, Cultura y Deportes
Finalidad:	Gestión del servicio de comedores escolares.
Legitimación:	6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de datos; 6.1.e) Misión de interés público o ejercicio de poderes público del Reglamento General de Protección de datos. L.O. 2/2006, de 3 de mayo de Educación/Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla La Mancha/ Ley 38/2003...
Origen de los datos	El propio interesado o su representante legal, Administraciones Públicas
Categoría de los datos	Datos de carácter identificativo: NIF/DNI; nombre y apellidos, dirección, teléfono, firma, firma electrónica, correo electrónico. Datos especialmente protegidos: Religión, creencias, salud. Otros datos identificativos: características personales, circunstancias sociales, académicas y profesionales, económicos, financieros y de seguros, orden judicial, declaración de incapacidad legal.
Destinatarios	No existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos. Tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1027

4. DATOS DEL CURSO PARA EL QUE SE SOLICITA LA PLAZA

Año Académico Centro Docente:

Localidad Provincia

Etaa: Ed. Infantil Ed. Primaria Curso:



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes
Secretaría General

5. SOLICITUD DE PLAZA (características específicas de la prestación del servicio)

Servicio Solicitado:	COMIDA MEDIODIA USUARIO HABITUAL <input type="checkbox"/> USUARIO ESPORÁDICO <input type="checkbox"/>	DIAS DE ASISTENCIA (MARCAR CON X LOS DÍAS QUE ASISTA) L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA:
	AULA MATINAL USUARIO HABITUAL <input type="checkbox"/> USUARIO ESPORÁDICO <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA:

Causas que lo justifican:

- Utilización de transporte o jornada de mañana y tarde
- Incompatibilidad horaria por motivos laborales de ambos cónyuges
- Otras causas previstas en el art. 8.3 del Decreto 138/2012 de 11/10/2012(especificar causas)

SI TIENE ALGUNA ALERGIA O CONDICIÓN ESPECIAL NOTIFICARLO AQUÍ Y AVISAR AL COMEDOR Y DIRECCIÓN DEL CENTRO. ADJUNTAR INFORME MÉDICO.

6. ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente:

- En el caso de solicitantes menores de edad, el/la progenitor/a firmante declara actuar, en caso de ser legalmente necesario, con el consentimiento de otro progenitor/a.
- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida en este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser consecutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones:

Con la presente solicitud y de acuerdo

La persona abajo firmante aporta la siguiente documentación:

- Informe médico en caso de alergias o intolerancias alimentarias

7. DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN.

TITULAR CUENTA BANCARIA: Nombre: Primer Apellido
 Segundo Apellido Entidad: Oficina

Autorizo que los recibos del Comedor/Aula Matinal del Colegio / IES / Empresa, sean cargados en esta cuenta:

Código Entidad	Sucursal	DC	Número de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL.

En....., a.....de.....de

Fdo:.....