



*Utilizar una fotografía reciente que se pegará en el recuadro sin salirse de los bordes. No utilizar grapas*

**BACHILLERATO DE CIENCIAS**

Nº EXPEDIENTE: (se asigna en Secretaría)
GRUPO: (se asigna en Jefatura de Estudios)

D.N.I.:	NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:		
SEGUNDO APELLIDO:		SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	PAÍS DE NACIMIENTO:
PROVINCIA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD NACIMIENTO:			NACIONALIDAD:
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	CODIGO POSTAL:	PAÍS:
TELÉFONO:	MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:		REPETIDOR:

**Solo para menores de edad**

DNI DE LA MADRE:	NOMBRE Y APELLIDOS MADRE:	DNI DEL PADRE:	NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:
MÓVIL DE LA MADRE:	PROFESIÓN DE LA MADRE:	MÓVIL DEL PADRE:	PROFESIÓN DEL PADRE:
CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE:		CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE:	
CENTRO DE PROCEDENCIA: (Solo para alumnos/as nuevos/as)		ASIGNATURAS PENDIENTES: (Excepto para 1º E.S.O.)	

1º BACHILLERATO		2º BACHILLERATO	
<b>MATERIAS TRONCALES</b>			
Filosofía (3 h) Lengua Castellana y Literatura (4 h) Matemáticas I (4 h)			
<input type="checkbox"/>	Inglés (5 h)	Primera lengua extranjera Elegir una	
<input type="checkbox"/>	Francés (5 h)		
<b>MATERIAS TRONCALES DE OPCIÓN</b>			
Biología y Geología (4 h) Física y Química (4 h)			
<b>MATERIAS ESPECÍFICAS</b>			
Educación Física (2 h) Cultura Científica (2 h) Tecnología Industrial I (2 h)			
<b>MATERIAS DE LIBRE CONFIGURACIÓN</b>			
Ampliación de Matemáticas (1h)			

Ceuta, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Sello

Fdo.:

**PAGO DE LA A.M.P.A.** (Solo se realiza un pago único por familia)

sí  NO

## **AUTORIZACIONES**

### **AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIFUSIÓN DE IMÁGENES**

Autorizo el uso y difusión de imágenes de mi hijo/a en las publicaciones del centro; la grabación de imágenes por las cámaras instaladas en el centro; facilitar datos a la A.M.P.A y a organismos públicos no pertenecientes al MECED. Todo ello amparado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter personal (LOPD)

Autorizo  No Autorizo

### **AUTORIZACIÓN PARA SALIR DEL CENTRO CUANDO HAYA ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

**(Solo para menores de edad)**

Autorizo a mi hijo/a para participar en las actividades complementarias y extraescolares que se lleven a cabo en el curso académico 2016 / 2017 y que se encuentran recogidas en la Programación General Anual del centro. Dichas actividades se llevarán a cabo tanto dentro como fuera del centro, por lo que doy mi autorización expresa para que mi hijo/a pueda salir del centro para realizar visitas de carácter didáctico.

Autorizo  No Autorizo

### **AUTORIZACIÓN PARA ENTRAR/SALIR DEL CENTRO EN CASO DE AUSENCIA DEL PROFESORADO**

**(Solo para menores de edad)**

Autorizo a mi hijo/a a salir del centro al finalizar el quinto periodo lectivo (13,30 horas) o bien a entrar al centro en el segundo periodo lectivo (9,20 horas), cuando se produzca alguna ausencia del profesorado. El centro avisará con 24 horas de antelación a través de la agenda del alumno/a para los cursos de 1º y 2º de la E.S.O. Al resto del alumnado se le comunicará verbalmente.

Autorizo  No Autorizo

**DATOS DE LA PERSONA QUE FIRMA LAS AUTORIZACIONES (Adjuntar Fotocopia D.N.I.)**

D./Dª. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Parentesco con el alumno/a \_\_\_\_\_

Fdo.:

Ceuta, a 15 de junio de 2016

LA DIRECCIÓN