

IMPRESO DE MATRÍCULA

TÉCNICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍA AUDIOVISUAL · CURSO 2024/25

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO O ALUMNA				
APELLIDOS:		NOMBRE:		SEXO: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
FECHA DE NACIMIENTO:		POBLACIÓN:		PROVINCIA:
PAÍS:		NACIONALIDAD:		DNI/NIE:
DOMICILIO:				
Nº:	PORTAL:	PISO:	LOCALIDAD:	C.P.:
ALERGIAS CONFIRMADAS:				

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES	
PRIMER TUTOR LEGAL	SEGUNDO TUTOR LEGAL
1 ^{er} APELLIDO:	1 ^{er} APELLIDO:
2 ^o APELLIDO:	2 ^o APELLIDO:
NOMBRE:	NOMBRE:
TELÉFONO:	TELÉFONO:
DOMICILIO: (DISTINTO DEL ALUMNO)	DOMICILIO: (DISTINTO DEL ALUMNO)
C.P.: LOCALIDAD:	C.P.: LOCALIDAD:
OTRO TELÉFONO:	OTRO TELÉFONO:
DNI/NIE:	DNI/NIE:
PAÍS DE NACIMIENTO:	PAÍS DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:	NACIONALIDAD:
CORREO ELECTRÓNICO:	CORREO ELECTRÓNICO:

RECOGIDA DE DATOS E INSCRIPCIÓN EN ACTIVIDADES Y SERVICIOS

AUTORIZACIONES EN EL TRATAMIENTO DE IMAGEN

- Aparición de la imagen del alumno/a en redes sociales y en la web del centro durante la realización de actividades educativas colectivas.

SÍ NO

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR A LA SECRETARÍA DEL CENTRO

1. Impreso relleno y firmado por ambos padres o representantes legales.
2. Una fotografía reciente con el nombre en el reverso.
3. Para matrículas por primera vez en Formación Profesional: Certificado de notas de Educación Secundaria Obligatoria con propuesta de Título expedido por el centro de procedencia.
4. Para alumnos ya matriculados en Formación Profesional: Certificado de traslado y de notas emitido por el centro de procedencia.
5. Fotocopia del DNI/NIE de los padres y el alumno.
6. Fotocopia de datos bancarios.
7. Informe médico en caso de alergias confirmadas.
8. En caso de separación o divorcio, copia fehaciente de la sentencia o convenio regulador en los aspectos relativos a los hijos.

NOTA: Los alumnos que hayan cursado 4º ESO en el Colegio Hélicon, únicamente es aplicable el punto 1 y 5 (si no hay variación en el resto de datos)

Los padres y el alumno/a aceptan el Proyecto Educativo del Centro, así como el Plan de Convivencia*, uniformidad, precios, horarios del Centro y tratamiento de datos, consistente en:

- Cesión de datos a instituciones educativas oficiales o aquellas, como seguro médico, cuya relación con las mismas sea necesaria para el normal desarrollo de la actividad escolar.
- Comunicaciones vía telefónica o por correo electrónico relativas a la relación del alumno o alumna con el Centro: control de ausencias, tutorías, citas, gestión de recibos, etc.

* **Reglamento de Organización y Funcionamiento y sus normas adicionales**, aprobado en Consejo Escolar, informado y publicitado en nuestra página web: <https://colegiohelicon.com/plan-de-convivencia/>

EN LO RELATIVO A LA TENENCIA Y USO DE TELÉFONOS MÓVILES: se considera FALTA LEVE su tenencia fuera de la mochila o en su caso taquilla y FALTA GRAVE su uso, con independencia de las responsabilidades derivadas.

Fdo.: _____

Primer Tutor Legal

Fdo.: _____

Segundo Tutor Legal

TÉCNICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍA AUDIOVISUAL · CURSO 2024/25

FORMACIÓN PROFESIONAL		
ENSEÑANZA	PRECIO	PERIODICIDAD
CURSO ACADÉMICO	4740 €	8 MENSUALIDADES

ACTIVIDADES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS QUE OFRECE EL CENTRO		
SERVICIOS	PRECIO	INSCRIPCIÓN
SEGURO ESCOLAR DE ACCIDENTES	21 € anual	<input type="checkbox"/>

DATOS BANCARIOS (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DATOS BANCARIOS)				
FORMA DE PAGO: DOMICILIACIÓN BANCARIA <input type="checkbox"/>				
TITULAR DE LA CUENTA:				
DNI/NIE:				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estimado Sr. Director/a, mediante la firma de este formulario de domiciliación, autorizo al colegio HÉLICON, a enviar órdenes a mi entidad financiera para adeudar en mi cuenta corriente, cuyos datos figuran en este documento, los importes correspondientes a los recibos mensuales del curso, conforme a los datos señalados.

_____, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

Titular de la cuenta