|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | Pegar  foto |   **FICHA PERSONAL DEL ALUMNO**  **CURSO 2019/20** |

|  |
| --- |
| **1.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO** |

# **Primer Apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº Seguridad Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tarjeta Sanitaria (Junta de Andalucía)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **2.- DATOS FAMILIARES** |

**PADRE/TUTOR/A 1:**

APELLIDOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Población\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CP\_\_\_\_Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROFESIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MADRE/TUTOR/A 2:**

APELLIDOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Población\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CP\_\_\_\_Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROFESIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DE HIJOS \_\_\_\_\_ Nº HERMANOS EN EL CENTRO: \_\_\_\_ LUGAR QUE OCUPA\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITULO DE FAMILIA NUMEROSA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **3.- OTRAS PECULIARIDADES** |

**INDIQUE ASPECTOS MEDICOS RELEVANTES: MINUSVALÍAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, ALERGIAS A MEDICAMENTOS O PRODUCTOS QUÍMICOS, (INDICAR CUALES Y/O SU NOMBRE COMERCIAL) IMPEDIMENTOS FÍSICOS …**

Fecha y firma