

FICHA PERSONAL DEL ALUMNO CURSO 2024/2025

1.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____

Nombre y dirección del colegio donde estuvo matriculado en el curso 23/24:

2.- DATOS FAMILIARES

PADRE/TUTOR/A 1:

Apellidos: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Población _____ CP _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

D.N.I. _____ Fecha Nacimiento _____

Profesión: _____

E-mail: _____

MADRE/TUTOR/A 2:

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Población _____ CP _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

D.N.I. _____ Fecha Nacimiento _____

Profesión: _____

E-mail: _____

N.º DE HIJOS _____ N.º HERMANOS EN EL CENTRO: _____ LUGAR QUE OCUPA _____

TITULO DE FAMILIA NUMEROSA: _____ FECHA DE CADUCIDAD: _____

3.- OTRAS PECULIARIDADES

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| 1. ¿Es familia monoparental? | SI | NO |
| 2. ¿Hay situación de separación o divorcio? | SI | NO |
| 3. ¿Quién tiene la custodia del menor? | PADRE | MADRE |
| 4. ¿Hay situación de acogimiento familiar? | SI | NO |
| 5. ¿Padece alguna enfermedad? | SI | NO |

Especificar en caso afirmativo _____

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 6. ¿Sigue algún tratamiento periódico? | SI | NO |
|---|-----------|-----------|

Especificar en caso afirmativo _____

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 7. ¿Presenta alergias a medicamentos? | SI | NO |
|--|-----------|-----------|

Especificar en caso afirmativo _____

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 8. ¿Presenta intolerancias alimenticias? | SI | NO |
|---|-----------|-----------|

Especificar en caso afirmativo (Adjuntar informe clínico) _____

Otros Aspectos Relevantes: _____

Fecha _____

Firma