



DOCUMENTACIÓN MATRICULACIÓN

(1º Ciclo Infantil - Guardería)

➤ **IMPRESOS:**

- 📄 **Impreso 1:** Ficha de recogida de datos.
- 📄 **Impreso 2:** Autorización uso de datos personales - Imágenes.
- 📄 **Impreso 3:** Autorización Actividades Complementarias
- 📄 **Impreso 4:** Autorización Recogida Alumnos (Si procede).
- 📄 **Impreso 5:** Ficha Problemas Médicos para Psicomotricidad.
- 📄 **Impreso 6:** Comunicación Falta de Asistencia General (Modelo comunicación faltas)

➤ **DOCUMENTACIÓN:**

- **Fotocopia de la Tarjeta sanitaria del alumno/a.**
- **Fotocopia D.N.I. / N.I.E.** de los padres o tutores legales, incluido el alumno/a (si lo tuviera).
- **Fotocopia del Libro de Familia.**
- **Fotocopia del Libro de Familia Numerosa (en su caso).**
- **4 fotos** tamaño carnet (con el nombre puesto por detrás).

NOTA: *Deberán aportar toda la información complementaria con la que cuenten que debemos conocer para el buen proceso educativo del alumno: Informes (médicos, servicios sociales,...), sentencias judiciales (separación, violencia de género, custodias,...), etc.*



FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

20 - 20

Datos del alumno/a: _____ **Curso:** _____

1º Apellido	2º Apellido	Nombre	DNI

Fecha Nacim.	Lugar	Provincia	País	Nacionalidad

Domicilio	Localidad	C. Postal	Teléfono

Correo electrónico: _____ **2ºTeléfono:** _____

Seguro médico (SACYL o Entidad): _____ **Nº asegurado:** _____

Datos del padre:

1º Apellido	2º Apellido	Nombre	DNI

Teléfono	Profesión	Estudios	Situación laboral	Nacionalidad

Datos del madre:

1º Apellido	2º Apellido	Nombre	DNI

Teléfono	Profesión	Estudios	Situación laboral	Nacionalidad

Datos académicos:

Procede del centro:	Dirección:	Teléfono:

Solicita Idioma: _____ **Religión:** católica / evangélica/ valores

Otros datos:

Servicios que solicita (SÍ/NO): Comedor _____ **Ayuda de comedor:** _____ **Madrugadores:** _____

Nº de hermanos (excluido él/ella): _____ **Lugar que ocupa:** _____ **Hnos. en el colegio:** _____

Observaciones:

Datos o problemas médicos: _____

Datos o problemas psicológicos: _____

Segovia, _____ de _____ 201__

Firmas:

La madre o tutora

El padre o tutor

(DATOS DE SECRETARÍA): Fecha de alta _____ Fecha de baja: _____

Nº matrícula: _____ Historial académico: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE IMÁGENES / VOZ DE ALUMNOS
EN CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA**

La rápida evolución tecnológica, así como la proliferación de plataformas de difusión de la actividad de los centros implica el tratamiento de datos de carácter personal de alumnos con finalidades distintas a la estrictamente educativa, por lo que **es necesario contar con el consentimiento de padres y/o tutores de alumnos menores de 14 años o de los propios alumnos, si estos tienen 14 o más años**, para el tratamiento de estos datos.

La finalidad de este documento es:

- **Informar** a los padres/tutores de los alumnos menores de 14 años y a los alumnos mayores de 14 del centro, del tratamiento que éste realizará de las imágenes/ voz de los alumnos.
- **Recabar el consentimiento** de padres, tutores o alumnos como base jurídica que permitirá al centro el tratamiento de las imágenes/voz de los alumnos.

Con carácter previo a la firma del presente documento usted **deberá leer la información relativa a la protección de datos de carácter personal** sobre el tratamiento de imágenes/voz de los alumnos en centros docentes de titularidad pública, **que se detalla al dorso del presente documento.**

Si el Alumno/a es menor de 14 años:

D / D^a con DNI ,
(padre / madre / tutor/a)

y D / D^a con DNI ,
(padre / madre / tutor/a)
del alumno / a ó

CONSIENTE al Centro **CEIP SANTA EULALIA** el tratamiento de la imagen / voz de su hijo / a, o de mi imagen / voz (si el alumno tiene 14 años o más), especialmente mediante fotografías o vídeos, con la finalidad de **difundir las actividades del centro**, en los siguientes medios:

(Sólo se entenderá que consiente la difusión de imágenes/voz por los medios expresamente marcados a continuación):

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Página WEB del centro | <input checked="" type="checkbox"/> Blogs educativos del centro. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Correo Electrónico del centro | <input checked="" type="checkbox"/> Revista Escolar del centro. |
| <input checked="" type="checkbox"/> WhatsApp del centro y clase | <input checked="" type="checkbox"/> Paneles Informativos del centro. |
| <input checked="" type="checkbox"/> X del colegio (antiguo Twitter) | <input checked="" type="checkbox"/> Documentos escritos oficiales. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Instagram del colegio | (Programaciones, memorias, proyectos,...) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Canal Youtube del centro | <input checked="" type="checkbox"/> Medios de Comunicación con noticias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aula virtual Moodle. | (prensa escrita y digital, radio, TV,...) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ClassDojo del centro. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitor del vestíbulo del centro | |

En , a..... de..... de 20..... .

Fdo.:

(Padre/madre/tutor-a del alumno/a
Nombre, apellidos y firma)

Fdo.:.....

(Padre/madre/tutor-a del alumno/a
Nombre, apellidos y firma)

**INFORMACION SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS TRATAMIENTO DE IMÁGENES / VOZ DE ALUMNOS
EN CENTROS DE TITULADIDAD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN**

**REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS
REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 27 de abril de 2016.**

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA	INFORMACIÓN ADICIONAL
Responsable del tratamiento	Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa (Consejería de Educación)	Avda. Reyes Católicos 2, CP 47006, Valladolid Teléfono: 983 41 48 77 Correo electrónico: protecciondatos.dgcpoyoe.educacion@jcy.es Delegado de Protección de Datos: Avda. Monasterio de Ntra. Sra. de Prado, s/n, CP 47014, Valladolid Correo electrónico: dpd.educacion@jcy.es
Finalidad del tratamiento	Difusión de las actividades de los centros docentes de titularidad pública de Castilla y León.	Usamos los datos relativos a imágenes/ voz de los alumnos, con la finalidad de difundir las actividades de los centros docentes de titularidad pública de la Comunidad de Castilla y León a través de los medios de difusión del centro que se detallan en el documento que figura en el anverso de esta información por el que se otorga o deniega el consentimiento para este tratamiento. Las imágenes / voz serán conservadas durante el curso académico en el que sean tomadas.
Legitimación del tratamiento	Consentimiento	Artículo 6.1 a) del RGPD Consentimiento de los padres o tutores para aquellos alumnos menores de 14 años, o de los propios alumnos, cuando tengan 14 o más años. El consentimiento se solicitará y deberá en su caso otorgarse para cada uno de los medios de difusión citados, siendo posible que se autorice el tratamiento de las imágenes/voz en unos medios de difusión y en otros no.
Destinatarios de cesiones o transferencias internacionales	No se cederán datos a terceros. No están previstas transferencias internacionales de datos.	La difusión de datos de imagen/voz en redes sociales o a través de cualquier otro medio de difusión universal e indiscriminada supondrá una comunicación de datos a terceros, que habrá de considerarse por las familias a la hora de prestar o no el consentimiento para el tratamiento de datos personales.
Derechos de las personas interesadas	Derecho a acceder, rectificar, y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.	Tiene derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, en los términos de los artículos 15 a 23 del RGPD.



ASUNTO: AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Estimadas familias,

Les remitimos la siguiente autorización para todas aquellas salidas que sus hijos/as realicen dentro de la localidad, gratuitas, sin necesidad de transporte e incluidas en la Programación General Anual. No obstante, se les mantendrá informados de dichas actividades, cuando estas tengan lugar.

Si fuera necesario algún material específico, ropa o realizar algún pago, se les enviará la correspondiente circular con toda la información que se considere adecuada para la realización de la misma.

Con ello pretendemos facilitar la realización de dichas actividades en el centro, las cuales consideramos fundamentales en el proceso educativo del alumnado.

.....

D. / D^a _____ con D.N.I. / N.I.E.
_____, como padre - madre -
tutor/a del alumn@ _____, matriculado en este
curso en la clase de _____:

AUTORIZO a mi hijo/a – tutelado/a, a realizar las salidas necesarias del centro para la realización de actividades complementarias, siempre que sean dentro de la localidad, sin transporte y vengán incluidas en la PGA o estén aprobadas por el Consejo Escolar.

Dicha autorización se mantendrá para **todos los cursos** en los que el alumno/a permanezca escolarizado en el centro, mientras no se modifique expresamente la decisión.

En Segovia a ____ de _____, de _____

Fdo. _____



Segovia a _____ de _____ de 20__

Yo, _____,
con D.N.I. / N.I.E. _____,
como padre/ madre/ tutor/a, del alumno/a _____
_____, matriculado
en este Centro en _____.

AUTORIZO

A _____, con D.N.I.
/N.I.E., _____ como _____
(indicar relación), a recogerle a la salida de las actividades
lectivas, bajo mi total responsabilidad.

Y así lo firmo, para que conste a los efectos oportunos

Fdo. _____



Segovia ___ de septiembre de 201__

Estimados padres / tutores:

Con objeto de planificar las actividades docentes dentro del área de Psicomotricidad /Educación Física y poder evitar así posibles accidentes, les rogamos que nos remitan cumplimentada la siguiente ficha. Conociendo las enfermedades que su hijo/a padece o ha padecido podemos planificar un ejercicio más específico y racional. Estos datos serán confidenciales y no podrán ser difundidos bajo ningún concepto.

DATOS DEL ALUMNO:

Nombre y apellidos: _____

Curso: _____

Teléfonos de contacto: _____, _____, _____

Fecha de nacimiento: _____, _____, _____

Padece alguna enfermedad o lesión que le impida la práctica regular de Educación Física:

SI / NO.

¿Cuál? _____ .

En caso afirmativo, al padecer dicha lesión o enfermedad hace que haya que tomar las siguientes precauciones en el área de Educación Física:

Se ruega comunicar al profesor de Educación Física las posibles modificaciones que pudieran producirse a lo largo del curso. Agradeciendo de antemano su colaboración, reciban un cordial saludo.

Fdo. Padre / Madre/ Tutor/a

COMUNICACIÓN DE FALTA DE ASISTENCIA

Curso académico: 20__/20__

D./D^a con DNI/NIE

padre/madre o tutor/a legal del alumno/a

del grupo y curso comunica que ha faltado los días y horas detallados a continuación:

.....
.....
.....

por motivos de:

.....
.....
.....

Firma del padre/madre /tutor/a

Fecha de entrega en el centro:

A cumplimentar por el maestro/a tutor/a del alumno/a

Aporta justificante.

Justificada

NO justificada

Observaciones:

.....
.....
.....

COMUNICACIÓN DE FALTA DE ASISTENCIA

Curso académico: 20__/20__

D./D^a con DNI/NIE

padre/madre o tutor/a legal del alumno/a

del grupo y curso comunica que ha faltado los días y horas detallados a continuación:

.....
.....
.....

por motivos de:

.....
.....
.....

Firma del padre/madre /tutor/a

Fecha de entrega en el centro:

A cumplimentar por el maestro/a tutor/a del alumno/a

Aporta justificante.

Justificada

NO justificada

Observaciones:

.....
.....
.....