

Completeu els camps amb lletra clara i llegible

<b>ALUMNE/A</b>	Nom		Primer Cognom		
	Segon Cognom			Sexe: Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/>	
	D.N.I.		Núm. S.S.		Data de naixement
	Població naixement		Província naixement		
	País de naixement		Nacionalitat		
	Domicili: Carrer i núm.			Població	
	Codi Postal		Telèfon mòbil alumne/a:		
	Telèfon Urgència:		Correu Electrònic a efectes de comunicació (*):		
<b>PARE/TUTOR</b>	Nom		Primer Cognom		Segon Cognom
	D.N.I.		Telèfons:		
	Data de naixement		Correu Electrònic a efectes de comunicació (*):		
<b>MARE/TUTORA</b>	Nom		Primer Cognom		Segon Cognom
	D.N.I.		Telèfons:		
	Data de naixement		Correu Electrònic a efectes de comunicació (*):		
<b>DADES ACADÈMIQUES</b>	SITUACIÓ ACADÈMICA	<input type="checkbox"/> Repetidor del Centre <input type="checkbox"/> Repetidor d'un altre Centre <input type="checkbox"/> No repeteix			
	CENTRE DE PROCEDÈNCIA				
	ASSIGNATURA/ES PENDENT/S				
	BLOC 1	RELIGIÓ <input type="checkbox"/>		VALORS ÈTICS <input type="checkbox"/>	
	BLOC 2 (#)	E. Plàstica i visual II <input type="checkbox"/>	Música II <input type="checkbox"/>	Alemany I <input type="checkbox"/>	
<b>ALTRES DADES</b>	ÚS MEDICAMENTS	<input type="checkbox"/> Autoritzo el subministrament de: <input type="checkbox"/> PARACETAMOL <input type="checkbox"/> IBUPROFENO			
		<input type="checkbox"/> No autoritzo			

(\* ) CAMP OBLIGATORI: Segons l'article 41 de la llei 39/2015 de dia 1 d'octubre de procediment administratiu comú de les administracions públiques, "les notificacions s'han de comunicar preferentment per mitjans electrònics"

(Segell del centre)

Eivissa, ..... de ..... de 20.....

**SIGNATURA DEL PARE / TUTOR**

|

**SIGNATURA DE LA MARE / TUTORA**