



FICHA DE RECOGIDA DE DATOS CURSO 20__/22__

DATOS DEL ALUMNO/A

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Tipo de documento Documento de identidad

Fecha de nacimiento Lugar Provincia País

1ª nacionalidad 2ª nacionalidad

Seguro Médico Nº Afiliado

Observaciones para atención sanitaria

DATOS DEL PADRE/MADRE

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Tipo de documento Documento de identidad

Fecha de nacimiento Estudios Nacionalidad

Teléfono Contacto Teléfono trabajo Situación Laboral

Correo electrónico

DATOS DEL PADRE/MADRE

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Tipo de documento Documento de identidad

Fecha de nacimiento Estudios Nacionalidad

Teléfono Contacto Teléfono trabajo Situación Laboral

Correo electrónico



Comunidad de Madrid

DOMICILIO DEL ALUMNO/A

Municipio	Localidad	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio	C. Postal	Teléfono	Otro Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTRO DOMICILIO (En el caso de que el alumno resida en más de un domicilio)

Municipio	Localidad	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio	C. Postal	Teléfono	Otro Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTROS DATOS FAMILIARES

Nº de Hermanos que tiene el alumno/a	<input type="text"/>	Lugar que ocupa	<input type="text"/>	Nº de hermanos en el centro	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------	-----------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

OTROS DATOS ESCOLARES

Opciones: marque los que desee utilizar.

Religión Católica	<input type="checkbox"/>	Atención Educativa (Ed. Infantil)	<input type="checkbox"/>	Valores sociales y cívicos (Ed. Primaria)	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

Servicios: marque los que desee utilizar.

Acogida Temprana	<input type="checkbox"/>	Comedor	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	---------	--------------------------

DATOS MÉDICOS RELEVANTES

Observaciones

“Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.”