



<b>1. DATOS DEL ALUMNO</b>										
APELLIDOS:										
NOMBRE:										
NIF:										

--

<b>CURSO</b>	1º	
	2º	
	3º	
	<i>REPITE CURSO</i>	
<b>CICLO FORMATIVO DE</b>		

**Preferencia de turno:** Mañana  Tarde  Noche

**Al formalizar la presente matrícula:**

Declaro, bajo mi responsabilidad, que no me encuentro simultaneando dos o más estudios, en régimen oficial y a tiempo completo, en centros docentes sostenidos con fondos públicos, de conformidad con lo establecido en el artículo 13.3 de la Orden de 27 de marzo de 2007, por la que se desarrolla el procedimiento de admisión del alumnado en las enseñanzas no universitarias en los centros docentes públicos y privados concertados de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Acepto respetar y cumplir las normas recogidas en el NOF, las normas de convivencia recogidas en el Decreto 114/2011 de 11 de mayo, y las normas de seguridad e higiene en el trabajo indicadas por el profesorado y las que sean práctica habitual en la profesión.

Quedo enterado que las comunicaciones del centro a los alumnos y sus familias se realizarán preferentemente a través de los medios disponibles en Píncel EKADE (correo electrónico y SMS), por lo que en caso de producirse modificación en los mismos me comprometo a comunicarlos al centro.

Manifiesto conocer los objetivos del proyecto EVAGD "Entorno Virtual de Aprendizaje de Gestión Distribuida", solicito participar en el mismo y me comprometo a respetar las bases reguladoras de dicho proyecto, recogidas en [http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoescuela/proyectoevagd/?page\\_id=825](http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoescuela/proyectoevagd/?page_id=825).

Autorizo a incluir mis datos en la bolsa de trabajo de este instituto y facilitar los mismos a las empresas que soliciten candidatos para cubrir puestos de trabajo.

Autorizo al IES Politécnico Las Palmas a realizar cuantas gestiones sean necesarias ante La Seguridad Social dar de alta al alumno en el seguro escolar obligatorio.

En caso de formalizar matrícula para el Ciclo Superior de Química y Salud Ambiental, manifiesto haber sido informado de la obligación de recibir las vacunas necesarias para realizar el módulo de Formación en Centros de Trabajo (FCT).

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Mayores de edad	Menores de edad	
El interesado	Padre/madre/tutor/a	Padre/madre/tutor/a
Firma	Firma	Firma