



COLEGIO CONCERTADO "CRISTO REY"
CENTRO CONFESIONAL CATÓLICO
 Calle Coruña, 37 - 39, 15401 FERROL. A CORUÑA.
 Teléfono 981 353060/ 981 351384. Fax 981 350 427. Correo electrónico: dir.creyferrol@planalfa.es
www.cristoreyferrol.com

FICHA DEL ALUMNO/A

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Apellidos: _____		
Nombre: _____		
Lugar y fecha de nacimiento: _____		
Domicilio: C/ _____ CP _____		
Localidad _____ Provincia _____		
Solicita plaza para: Curso: _____ E. Infantil <input type="checkbox"/> E. Primaria <input type="checkbox"/> E. Secundaria <input type="checkbox"/>		
Teléfonos de contacto:		
Nombre	Parentesco	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DATOS FAMILIARES:

Nombre y apellidos del padre: _____	
DNI: _____ Profesión y/o estudios: _____	
Lugar de trabajo: _____	
Teléfono Fijo _____ Móvil _____ Trabajo _____	

Nombre y apellidos de la madre: _____	
DNI: _____ Profesión y/o estudios: _____	
Lugar de trabajo: _____	
Teléfono Fijo _____ Móvil _____ Trabajo _____	

DATOS DEL TUTOR/A LEGAL:

(Cubrir en caso de tener la tutela legal otra persona que no sean los padres del niño/a)

Nombre y apellidos: _____	
Profesión y/o estudios: _____	
Lugar de trabajo: _____	
Teléfono Fijo _____ Móvil _____ Trabajo _____	
Parentesco con el niño/a (si lo hubiese): _____	

INFORMACIÓN ÁMBITO FAMILIAR:

- Correspondencia a nombre de: Padre
 Madre
 Padre/Madre
 Madre/Padre
- Madre ausente: Padre ausente:

Nº de hermanos (incluido el niño): _____ Lugar que ocupa: _____

Nombre de hermanos/as	Edad	Estudios/Trabajo/otros
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otras personas que convivan en el domicilio familiar: _____

Otras persona/s que se encarga/n habitualmente del cuidado del niño/a, además de los padres:

Lengua materna utilizada en el ámbito familiar: _____

Otros datos de importancia sobre la situación familiar que desee reflejar:

HISTORIA MÉDICA:

¿Tiene facilidad o propensión a enfermar? Sí _____ de _____ No _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, polvo, polen, etc? _____ Indíquela/s

Instrucciones a seguir en caso de alergia: _____

¿Toma algún tipo de medicación? _____ ¿Para qué? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave? Sí _____ ¿Cuál? _____ No _____

Tiene algún problema de vista/oído/otros? Sí _____ ¿Cuál? _____ No _____

¿A qué edad comenzó a decir las primeras palabras? _____

¿Dificultades/problemas? _____

NOTA: _____

- Asistencia a escuela infantil/colegio anteriormente: Sí No
- Utilización de la guardería del centro en el presente curso: Sí No
- Utilización del comedor escolar en el presente curso: Sí No
- Otros datos que desee comunicar: _____

OTROS DATOS DE INTERÉS:

- ¿Por qué medio ha conocido el Colegio Cristo Rey?
 - Familiares y allegados Publicidad Internet
 - Otros: _____

AUTORIZACIÓN

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a pueda salir en fotos o reportajes y todo tipo de recuerdo escolar (orlas, página Web del Centro, fotos de Navidad...), que se lleven a cabo con motivo de alguna actividad escolar, fiesta, excursión,... con el colegio

SI ____ NO ____

Dn./Dña. _____

PADRE/MADRE/TUTOR/ DEL ALUMNO: _____

ME COMPROMETO A ACEPTAR LA NORMATIVA, EL IDEARIO EDUCATIVO Y EL CARÁCTER PROPIO DEL COLEGIO CRISTO REY.

Ferrol, a ____ de _____ de 20 ____

Firmado (padre/madre/tutor)

- (Todos los datos arriba solicitados tienen como finalidad mejorar la atención individualizada del alumno y de acuerdo con la ley de protección de datos tendrán carácter confidencial)