

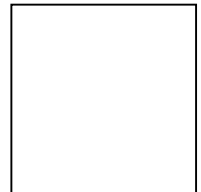


GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

**CP VALDEPARES**

El Parque s/n, Valdepares, 33746, El Franco (Asturias)  
Contacto: valdepar@educastur.org – 985637525  
CIF: S3300070D – Cód. centro: 33027916

**SOLICITUD DE ADMISIÓN C.P. Valdepares**  
**curso 2026/2027**



• **Datos personales y familiares**

(\*Los campos en negrita son obligatorios, los demás son voluntarios)

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Lugar:** \_\_\_\_\_

**Domicilio habitual:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre o tutora:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_

**Estudios y profesión:** \_\_\_\_\_ **TFNO:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_

**Estudios y profesión:** \_\_\_\_\_ **TFNO:** \_\_\_\_\_

**Nº de hermanos/as:** \_\_\_\_\_ **Lugar que ocupa:** \_\_\_\_\_

**Otras personas que conviven en el domicilio familiar:** \_\_\_\_\_

**Situación de los progenitores (subrayar la opción correcta)**

**1-Convivencia**    **2- Separación de hecho**    **3-Separación legal/Divorcio**    **4- Otra:** \_\_\_\_\_

En los casos 2,3 o 4 indicar quien ostenta la custodia legal del menor: \_\_\_\_\_

• **Datos médicos**

**Observaciones médicas significativas (si las hay):** \_\_\_\_\_

**Vacunaciones:** \_\_\_\_\_ **Alergias:** \_\_\_\_\_

- **Datos administrativos**

Curso y nivel (Ed. Infantil/Ed. Primaria) en el que solicita la admisión: \_\_\_\_\_

Antecedentes de escolarización en otros centros (centro, cursos y años académicos):

\_\_\_\_\_

- **Áreas optativas** (subrayar una en cada caso)

Religión o Atención Educativa

Lengua Asturiana (Gallego-Asturiano) o Cultura Asturiana

- **Contacto**

Correos electrónicos: \_\_\_\_\_

Teléfonos para urgencias: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026,

Firma de los progenitores:

Fdo.:

Fdo: