

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL ALUMNO/A				
NOMBRE:		1º APELLIDO:		2º APELLIDO:
DNI/NIE/PASAPORTE:		NACIONALIDAD:		Nº SEG SO:
NUMERO DE HERMANOS:		LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS:		
FECHA DE NACIMIENTO	LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	PAIS
DIRECCIÓN			LOCALIDAD	MUNICIPIO
DATOS FAMILIARES				
DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL				
NOMBRE:		1º APELLIDO:		2º APELLIDO:
DNI/NIE/PASAPORTE:		NACIONALIDAD		Nº SEG SO:
TELEFONO:		CORREO ELECTRONICO:		
VIVEN EN DOMICILIO FAMILIAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DIRECCIÓN (en caso de no vivir en el domicilio familiar)		
DATOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL				
NOMBRE:		1º APELLIDO:		2º APELLIDO:
DNI/NIE/PASAPORTE:		NACIONALIDAD		Nº SEG SO:
TELEFONO:		CORREO ELECTRONICO:		
VIVEN EN DOMICILIO FAMILIAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DIRECCIÓN (en caso de no vivir en el domicilio familiar):		
SITUACIÓN FAMILIAR				
¿ES FAMILIA MONOPARENTAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HAY SITUACION DE SEPARACIÓN O DIVORCIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo ¿quién tiene la custodia del menor?		
OBSERVACIONES: (Poner cualquier tipo de observación sobre la situación familiar que el centro deba de conocer)				
DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/A				
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, indicar cual:		
¿PRESENTA INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, indicar cual:		
OTRAS INFORMACIONES MÉDICAS QUE CONSIDEREN QUE EL CENTRO HA DE CONOCER:				
DATOS ACADÉMICOS DEL ALUMNO/A				
CENTRO DEL QUE PROCEDE			CURSO QUE ESTABA REALIZANDO	
DIRECCION DEL CENTRO	LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	PAIS
PRESENTA NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR CUÁLES		