



COMUNIDAD DE MADRID
C.E.I.P. ESPERANZA
C/ Andorra, 12. - 28043 Madrid
Telef. y Fax 91.300.30.12
E_mail: cp.esperanza.madrid@educa.madrid.org

EXPEDIENTE:

CURSO DONDE SE MATRICULA:

DATOS DEL ALUMNO/A PARA SU MATRICULACIÓN

1º APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR: PROVINCIA:

PAÍS: NACIONALIDAD DEL ALUMNO/A:

SEXO: HOMBRE - MUJER: DOMICILIO:

LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO DOMICILIO:

MÓVIL 1: MÓVIL 2: PROCEDE DE OTRO CENTRO: SI- NO

NOMBRE DEL CENTRO DIRECCIÓN Y TELÉFONO

ENTIDAD MÉDICA Y Nº DE ASEGURADO DEL ALUMNO/A:

Nº DE HERMANOS (sin contar al alumno/a): LUGAR QUE OCUPA:

DATOS DEL PADRE

1º APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR: PROVINCIA:

PAÍS: : NACIONALIDAD DEL PADRE:

NIVEL DE ESTUDIOS: PROFESIÓN:

TELÉFONO TRABAJO: OTRO TELÉF. DE CONTACTO:

EMAIL:

DATOS DE LA MADRE

1º APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR: PROVINCIA:

PAÍS: : NACIONALIDAD DE LA MADRE :

NIVEL DE ESTUDIOS: PROFESIÓN:

TELÉFONO TRABAJO: OTRO TELÉF. DE CONTACTO:

EMAIL:

OBSERVACIONES:

.....

Madrid a de de 20.....