



COMUNIDAD DE MADRID
 C.E.I.P. ESPERANZA. Cód. 28021409
 C/ Andorra, 12. - 28043, Madrid
 Teléf. y Fax 91.300.30.12

Nº DE EXPEDIENTE:.....

FOTO

CURSO DONDE SE MATRICULA:.....

DEL

E-mail: cp.esperanza.madrid@educa.madrid.org **CURSO ESCOLAR:** 20...../20.....

ALUMNO/A

Página Web: www.ceipesperanza.es

DATOS DEL ALUMNO/A PARA SU MATRICULACIÓN

1er 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/TUTOR

1er APELLIDO:..... 2º APELLIDO: NOMBRE:.....

NIF, NIE, PASAPORTE:..... TELÉFONOS DE CONTACTO:.....

E-MAIL DEL PADRE:.....

DATOS DE LA MADRE/TUTORA

1er APELLIDO:..... 2º APELLIDO: NOMBRE:.....

NIF, NIE, PASAPORTE:..... TELÉFONOS DE CONTACTO:.....

E-MAIL DE LA MADRE:.....

OBSERVACIONES:.....

.....

Madrid a.....de.....de 20.....