

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR
SAN 304 - HIGIENE BUCODENTAL
CURSO 20__ / 20__
1° 2°

A.M.P.A.: SI NO
 BECA MEC: SI NO

Nº EXPEDIENTE:

ALUMNO/A			
APELLIDOS		NOMBRE	
DNI / NIE...	FECHA NACIMIENTO	LOCALIDAD NACIM.	
PROVINCIA	PAÍS	NACIONALIDAD	
TELÉFONO	HERMANOS EN ESTE CENTRO: SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)	FAMILIA NUM. : GENERAL (<input type="checkbox"/>) ESPECIAL (<input type="checkbox"/>)	
E-MAIL alumno/a:			

DOMICILIO PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA			
NOMBRE Y APELLIDOS			
DIRECCIÓN		Nº	PISO/OTROS
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	

Si es menor de edad, rellenar datos de padre/madre/tutor-a:

PADRE/TUTOR:		DNI / NIE	
Teléfonos (Fijo/Móvil)	E-mail		
MADRE/TUTORA:		DNI / NIE	
Teléfonos (Fijo/Móvil)	E-mail		

DATOS ACADÉMICOS

Ha estado matriculado/a en este instituto en años anteriores: SI NO Repite: SI NO Si viene de otro centro, indicar Centro de procedencia: _____ Curso y grupo: _____

MÓDULOS EN LOS QUE SE MATRICULA							
(Marcar <input checked="" type="checkbox"/> en la columna de matrícula los que procedan)							
PRIMER CURSO				SEGUNDO CURSO			
Matrícula	Repite	CÓDIGO	MÓDULO PROFESIONAL	Matrícula	Repite	CÓDIGO	MÓDULO PROFESIONAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0730	Recepción y logística en la clínica dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0734	Epidemiología en salud oral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0731	Estudio de la cavidad oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0735	Educación para la salud oral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0732	Exploración de la cavidad oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0736	Conservadora, periodoncia, cirugía e implantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0733	Intervención bucodental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0737	Prótesis y ortodoncia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0020	Primeros auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A114	Lengua extranjera profesional: Inglés 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1370	Fisiopatología general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0740	Empresa e iniciativa emprendedora
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A113	Lengua extranjera profesional: Inglés 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0741	Formación en centros de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0739	Formación y orientación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Proyecto

FORMA DE ACCESO AL GRADO SUPERIOR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bachillerato LGE (BUP)
<input type="checkbox"/> Bachillerato LOE/LOGSE
<input type="checkbox"/> Bachillerato Experimental 2.º Curso
<input type="checkbox"/> COU
<input type="checkbox"/> Ciclo Formativo Grado Medio | <input type="checkbox"/> Técnico especialista (FP II)
<input type="checkbox"/> Técnico superior o equivalente
<input type="checkbox"/> Titulación universitaria o equivalente
<input type="checkbox"/> Prueba acceso a ciclos formativos
<input type="checkbox"/> Prueba acceso a la Universidad para mayores de 25 años
<input type="checkbox"/> Otras _____ |
|--|--|

Autorizo el uso del correo electrónico de padres/tutores/alumnado mayor de 14 años para fines académicos: SI NO

Autorizo la publicación de datos e imágenes por medios informáticos (página web, blog) del IES: SI NO

Autorizo la publicación de datos e imágenes en soporte físico (instalaciones del IES): SI NO

El/La alumno/a abajo firmante, solicita matrícula en los módulos arriba indicados. Esta matrícula está condicionada a la comprobación de la documentación y los datos aportados de cuya veracidad se hace responsable el abajo firmante.

En TERUEL, a.....dede

Firma del alumno/a