GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Educación y Cultura

ANEXO II

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DOCENTES SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS

Apellidos del alumno	Nombre del alumno	D.N.I. del alumno	Fecha nacimiento	N.I.A. Rayuela
Apellidos del padre o tutor legal	Nombre del padre/tutor	D.N.I. del padre	Teléfono 1	
Apellidos de la madre o tutora legal	Nombre de la madre/tutora	D.N.I. de la madre	Teléfono 2	

EXPONE:
Que durante el curso actual el solicitante se encuentra cursando estudios de

☐ de _____ en _____
Curso Etapa Nombre del Centro

SOLICITA:
Se admita al alumno citado para el curso escolar 2014/2015. en el Centro _____
Nombre del Centro

1. EDUCACIÓN INFANTIL: .... ☐ 2. EDUCACIÓN PRIMARIA: .....☐ 3. EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA: ☐

4. BACHILLERATO: Curso..... ☐ Modalidad:.... Ciencias y Tecnología ☐ Humanidades y Ciencias Sociales.... ☐ Artes.....☐

A tal efecto, declara:

1. EXISTENCIA DE HERMANOS MATRICULADOS EN EL CENTRO al que dirige la solicitud y que también continuarán el próximo curso.

Apellidos y Nombre	Curso que realiza actualmente y etapa educativa

2. EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL TRABAJA EN EL CENTRO SOLICITADO:
☐ (Marcar en caso afirmativo)

3. PROXIMIDAD DOMICILIO FAMILIAR DE LOS PADRES O TUTORES DEL ALUMNO.
☐ Autoriza a la Consejería de Educación y Cultura a verificar estos datos a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia del M.H y A.P (Anexo VIII)
☐ Certificación del Ayuntamiento, en el caso de no conceder dicha autorización

PROXIMIDAD DOMICILIO LABORAL DE LOS PADRES O TUTORES DEL ALUMNO.
☐ Certificación de las Empresas u Organismos en el que se presta servicio

4. LA RENTA ANUAL DE LA UNIDAD FAMILIAR EN EL EJERCICIO DEL AÑO 2012:
☐ Autoriza a la Consejería de Educación y Cultura para recabar de la Agencia Tributaria información renta anual. (Anexo IX)
En caso de no conceder dicha autorización, cumplimenta el Anexo X y aporta ☐ Certificación expedida por la Agencia Tributaria ☐ Otros.

5. DISCAPACIDAD FÍSICA, PSÍQUICA O SENSORIAL del solicitante o del padre, madre o hermano/a y aporta:
☐ Certificado de la Consejería de Salud y Política Social u Organismo equivalente en otra Comunidad Autónoma.

6. . PERTENENCIA A FAMILIA NUMEROSA LEGALMENTE RECONOCIDA. ☐ (Marcar en caso afirmativo) Aporta: _____

7. EL SOLICITANTE PADECE ENFERMEDAD CRÓNICA DEL SISTEMA DIGESTIVO, ENDOCRINO O METABÓLICO que exija seguimiento de una dieta compleja y un estricto control alimenticio. Aporta Certificado médico ☐

8. SOLICITANTE CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO DERIVADA DE INCORPORACIÓN TARDÍA AL SISTEMA EDUCATIVO, ESCOLARIZACIÓN DISCONTINUA Y/O PROCEDENCIA DE GRUPOS DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL:
☐ (Marcar sólo en caso de querer optar a las plazas reservadas a este colectivo)

9. SOLICITANTE CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES: ☐ (Marcar en caso de querer optar a las plazas reservadas a este colectivo)

10.PARA EL ACCESO A BACHILLERATO, aporta certificación académica: ☐

11. ¿Otorga su consentimiento a la Consejería de Educación y Cultura para que publique la puntuación desglosada obtenida en cada uno de los criterios para la admisión de alumnos según apartado dos de esta resolución?

☐ Sí ☐ No (De no marcar ninguna de estas dos casillas se publicará dicha puntuación de forma desglosada).

Para el supuesto de que el solicitante no sea admitido en este Centro, solicita ser admitido en alguno de los siguientes Centros por este orden:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

En _____, a _____, de _____ de 2014.
Firma del padre, madre, tutor o en su caso el alumno

Los datos de carácter personal que consten en el presente formulario serán objeto de tratamiento automatizado a fin de tramitar la solicitud. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar un tratamiento confidencial de los mismos. La cesión de datos se hará en la forma y con las limitaciones y derechos previstos en la L.O.15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se podrán ejercitar en el propio centro así como en la Secretaría General de Educación (Av.Valhondo s/n Mérida III Milenio Módulo 5º, 4ª planta 06800 Mérida).

Sello del centro

SR/SRA DIRECTOR/A DEL CENTRO _____
Denominación específica del Centro en que desea ser admitido.

EJEMPLAR PARA LA COMISIÓN DE ESCOLARIZACIÓN