

**CEIP "JARDÍN DE LA REINA"**  
vda. del Mediterráneo 5. 18006.-Granada.

958893234

8003727.edu@juntadeandalucia.es

## FICHA DEL ALUMNO/A (DatPersAlum)

Número identificación escolar:  \* Fecha alta:  \*

El alumno/a no tiene segundo apellido:

Tipo de identificación del alumno/a:  ▼ \* DNI/Pasaporte:  \*

Primer apellido:  \* Segundo apellido:

Nombre:  \* Nacionalidad:  ▼ \*

Número de hermanos:  Lugar que ocupa entre ellos:

Número de la Seguridad Social:  Tarjeta Sanitaria (Junta de Andalucía):

Tfno. personal del/de la alumno/a:

Correo electrónico personal del/de la alumno/a

### Datos de nacimiento

Fecha nacimiento:  \* Edad:  Edad a 31 dic.:  Sexo:  Hombre  Mujer \*

Pais:  ▼ \* Prov.:  ▼ Munic.:  ▼

Localidad:  ▼ Localidad nacim. extranjera:

### Domicilio del alumno/a

¿Alumno/a emancipado/a?:

Prov.:  ▼ \* Munic.:  ▼ \* Localidad:  ▼ \*

Domicilio:  Tipo vía:  ▼ \*

Nº:  \* Esc:  Piso:  Letra:  C.P.:  \*

Tfno:  Tfno. urgencias:  Correo electrónico de la familia:

Otros datos del domicilio

Datos familiares

Representante legal 1

DNI/NIF/NIE  Pasap. DNI/Pasaporte:  Primer apellido:

Segundo apellido:  Nombre:

Sexo:  Hombre  Mujer \* ¿Vive en el domicilio familiar?  Si  No

En calidad de:  Padre/Madre/tutor/a legal

Teléfono 1:  Teléfono 2:

Correo electrónico:

Familia:  Tipo de familia numerosa:

Título de familia numerosa:  Fecha de caducidad del título de familia numerosa:

Representante legal 2

DNI/NIF/NIE  Pasap. DNI/Pasaporte:  Primer apellido:

Segundo apellido:  Nombre:

Sexo:  Hombre  Mujer \* ¿Vive en el domicilio familiar?  Si  No

En calidad de:

Teléfono 1:  Teléfono 2:

Correo electrónico:

Situación familiar

¿Es familia monoparental?  Sí  No

¿Hay situación de separación o divorcio? (Entre los representantes legales consignados en la ficha.)  Sí  No

¿Hay situación de acogimiento familiar?  Sí  No

¿Quién tiene la custodia del menor?  Representante legal 1/Representante legal 2/Ambos

Observaciones:

Otros datos del alumno/a

¿Padece alguna enfermedad?  Sí  No

Especificar en caso afirmativo:

¿Sigue algún tratamiento periódico?  Sí  No

Especificar en caso afirmativo:

¿Presenta alergia a medicamentos?  Sí  No

Especificar en caso afirmativo:

¿Presenta intolerancias alimenticias?  Sí  No

Especificar en caso afirmativo:

Otras.

