

# SOLICITUD DE MATRÍCULA

CURSO: 20.../20....

**CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL LOPE DE VEGA**

C/ Camino de los Magros, 2 entlo

Población: Elche

Provincia: Alicante

Teléfono: 965445352

## DATOS DEL ALUMNO

APELLIDOS:.....NOMBRE:.....  
DIRECCIÓN:.....Nº.....  
LOCALIDAD:.....C.P:.....PROVINCIA:.....  
EDAD:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....LUGAR DE NACIMIENTO:.....  
PAIS:.....TELÉFONO:.....  
D.N.I:.....N.U.S.S.....  
NOMBRE PADRE:.....D.N.I:.....  
NOMBRE MADRE:.....D.N.I:.....  
E-mail: .....

## ESTUDIOS EN LOS QUE SE MATRICULA

### CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

- GESTIÓN ADMINISTRATIVA
- ACTIVIDADES COMERCIALES
- CUIDADOS AUX. ENFERMERÍA
- FARMACIA Y PARAFARMACIA

### CURSO:

- PRIMERO
- SEGUNDO

REPITE CURSO: SI  NO

### ALUMNOS DE NUEVO ACCESO

#### ACCEDE MEDIANTE:

- ACCESO DIRECTO  CENTRO.....TITULACIÓN.....
- PRUEBA ACCESO  CENTRO.....

ESTUDIOS REALIZADOS DURANTE EL ÚLTIMO CURSO:.....

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL CENTRO:.....

HA ESTADO MATRICULADO ANTERIORMENTE EN CENTRO F.P. LOPE DE VEGA: SI  NO

Elche,.....de.....de 20.....

(Firma)