

**CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR Y ACADÉMICA DEL ALUMNO**

**ALUMNO/A**

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS PADRE / TUTOR**

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD PROFESIONAL \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS MADRE / TUTOR**

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD PROFESIONAL \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN FAMILIAR**

HERMANOS NÚMERO (INCLUIDO EL ALUMNO)  LUGAR QUE OCUPA

PADRES SEPARADOS ¿GUARDIA Y CUSTODIA?<sup>1</sup> PADRE  MADRE  OTROS

HAY ALGÚN DATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR QUE PODEMOS CONSIDERAR SIGNIFICATIVO (FALLECIMIENTO PADRE / MADRE, DIVORCIO, SITUACIÓN DE DESEMPLEO...)

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Adjuntar fotocopia de documento acreditativo.

## **DATOS ESCOLARES**

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL CURSO ANTERIOR, CENTRO Y LOCALIDAD \_\_\_\_\_

SI TIENE ASIGNATURAS PENDIENTES ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

¿HA REPETIDO ALGÚN CURSO? ESPECIFIQUELO \_\_\_\_\_

## **OBSERVACIONES GENERALES DE SALUD E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS.**<sup>2</sup>

INDICAR PROBLEMAS DE SALUD QUE PADECE EL ALUMNO / A Y CONSIDERA QUE DEBAMOS CONOCER: ALERGIAS, TENDENCIA A PADECER DETERMINADAS ENFERMEDADES, ETC.

LAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS QUE REQUIERAN UN RÉGIMEN ESPECIFICO Y CONSIDERACIÓN INDIVIDUALIZADA (GLUTEN, LACTOSA, ETC.) **DEBERÁN JUSTIFICARSE OBLIGATORIAMENTE CON UN CERTIFICADO MÉDICO QUE SE ENTREGARÁ CUANDO SE REALICE LA MATRÍCULA EN EL CENTRO DE RESIDENCIAS.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **NOTA: SI DESEA AÑADIR ALGO MÁS UTILICE ESTE ESPACIO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<sup>2</sup> Fotocopia de informe de salud para servicios médicos y centro de residencias.