

**CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR Y ACADÉMICA DEL
ALUMNO CURSO 2023/2024**

ALUMNO/A

APELLIDOS Y NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____, FECHA NACIMIENTO _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE / TUTOR

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

EDAD _____ D.N.I. _____ ESTUDIOS _____

ACTIVIDAD PROFESIONAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

NOMBRE Y APELLIDOS MADRE / TUTORA

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

EDAD _____ D.N.I. _____ ESTUDIOS _____

ACTIVIDAD PROFESIONAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

SITUACIÓN FAMILIAR

N.º DE HERMANOS (INCLUIDO EL ALUMNO)

LUGAR QUE OCUPA

PADRES SEPARADOS. GUARDIA Y CUSTODIA* PADRE MADRE OTROS

HAY ALGÚN DATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR QUE PODEMOS CONSIDERAR **SIGNIFICATIVO**

(FALLECIMIENTO PADRE/MADRE, DIVORCIO, SITUACIÓN DE DESEMPLEO...)

OBSERVACIONES:

*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.**

INDICAR PROBLEMAS DE SALUD QUE PADECE EL ALUMNO/A Y QUE DEBAMOS CONOCER:

ALERGIAS, TENDENCIA A PADECER DETERMINADAS ENFERMEDADES, EPISODIOS QUE HAN REQUERIDO DE ALGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN MÉDICA/PSICOLÓGICA, TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, 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

CENTRO DE RESIDENCIAS

CRTA. C.V. 378, KM 0300. 46380- CHESTE -VALENCIA
TEL. 961839018. . 46900080.secretaria@edu.gva.es / www.centroresidenciascheste.es

**Fotocopia de informe de salud para servicios médicos y centro de residencia.