



DADES ACADÈMIQUES ALUMNE/A

Etapa: Infantil Primària ESO Batxillerat

Curs: 1 2 3 4 5 6

DADES PERSONALS ALUMNE/A (FAMÍLIA)

Primer cognom _____ Segon cognom _____ Nom _____

DNI _____ CIP _____ N.S.S _____

Sexe: Home Dona Data naixement _____

Lloc naixement _____ Nacionalitat _____

Data d'arribada a Catalunya (en cas d'alumnes nous): _____

Adreça _____ C.P. _____

Població _____ Telèfon _____

Idioma familiar: Català Castellà Altres Indiqueu quin: _____

DADES TUTORS

Dades pare/tutor

Primer cognom _____ Segon cognom _____ Nom _____

DNI _____ Sexe: Home Dona

Data naixement _____ Lloc naixement _____ Nacionalitat _____

Telèfon mòbil _____ Telèfon feina _____

Adreça correu electrònic _____

Professió _____ Empresa _____

Estudis _____

En el cas en que l'adreça sigui diferent a la de l'alumne/a, indiqueu-la:

Adreça _____ C.P. _____

Població _____ Telèfon _____

Dades mare/tutora

Primer cognom _____ Segon cognom _____ Nom _____

DNI _____ Sexe: Home Dona

Data naixement _____ Lloc naixement _____ Nacionalitat _____

Telèfon mòbil _____ Telèfon feina _____

Adreça correu electrònic _____

Professió _____ Empresa _____

Estudis _____

En el cas en que l'adreça sigui diferent a la del alumne, indiqueu-la:

Adreça _____ C.P. _____

Població _____ Telèfon _____

GERMANS

Germans/es: (de major a menor, alumne/a inclòs/a i encerclant el seu número)

Nom	Data naixement	Lloc naixement
1		
2		
3		
4		

Altres situacions, de caire familiar, d'interès per a l'escola:

(*En el cas que es manifesti la separació o divorci dels pares s'ha de lliurar amb la matrícula una còpia de la sentència de divorci per adjuntar a l'expedient de l'alumne/a)

SERVEI ESPAI MIGDIA/ACOLLIDA

L'alumne/a s'inscriu a:

Espai migdia (5 dies INF-PRI) SI NO

Espai migdia (4 dies només ESO) SI NO

Acollida matí SI NO Acollida tarda SI NO

Al llarg del curs es podrà donar d'alta/baixa dels serveis a la Secretaria del Centre abans del dia 20 de cada mes. En cas d'al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries us demaneu ens feu arribar l'informe mèdic.

DADES BANCÀRIES PER A LA DOMICILIACIÓ DE REBUTS

Autoritzo a visualitzar els rebuts de l'escola al segon tutor i/o titular del compte bancari. SI NO

Nom del titular: _____ NIF: _____

Número de compte – IBAN:

E	S																						
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipus de pagament: Pagaments recorrents: o Pagament únic:

Identificador del creditor: **ES38001G62411624** Nom: **Jesuïtes Casp Sagrat Cor de Jesús** NIF: **G62411624**

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació el deutor autoritza al creditor a enviar instruccions a la entitat del deutor per a carregar en el seu compte, i a la entitat per a efectuar càrrecs en el seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions de contracte subscrit per la mateixa. La sol·licitud de reemborsament s'haurà d'efectuar dins de les vuit setmanes que segueixen a la data del càrrec en compte. Pot obtenir informació adicional sobre els seus drets en la seva entitat financera.

Barcelona, ____ / ____ / _____

Signatura del titular: