

2º de E.S.O.

Grupo: _____

APELLIDOS: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
(escribe con letras mayúsculas)

Fecha de Nacimiento: _____ DNI/NIE: _____

Centro educativo de procedencia: _____

INTERNO <input type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/>		REPITE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	UTILIZARÁ EL TRANSPORTE ESCOLAR SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Indicar materias pendientes:			
IDIOMA	<input checked="" type="checkbox"/> Inglés	Religión/Alternativas (Marcar con X la opción elegida)	<input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Medidas de Atención Educativa
UNA OPTATIVA		Francés 2º Idioma (2h.)	
Una vez realizada la valoración inicial del alumno por parte del Departamento de Orientación se adjudicará una de las siguientes opciones:		Conocimiento en Lenguaje y las Matemáticas (2h.)	