

3º 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"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	UTILIZARÁ EL TRANSPORTE ESCOLAR SÍ <input type="checkbox"/>
EXTERNO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Indicar materias pendientes:		

IDIOMA		Marcar con X la opción elegida	<input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Medidas de Atención Educativa
	<input checked="" type="checkbox"/> Inglés		
LIBRE CONFIGURACIÓN AUTONÓMICA (Elegir 1 numerando de 1 a 3) **		<input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Control y Robótica <input type="checkbox"/> Taller de expresión musical <input type="checkbox"/> Iniciación a la actividad Emprendedora y Empresarial <input type="checkbox"/> Taller de Artes Plásticas <input type="checkbox"/> Resolución de Problemas	
MATERIAS A CURSAR (Marcar de 1)		<input type="checkbox"/> Educación Plástica, Visual y Audiovisual <input type="checkbox"/> Música	

** Sujeto a ratio y/o disponibilidad de profesorado para su impartición.