bosquescuela
learning in nature

Documento de matriculación

PARA EL CURSO ESCOLAR 20_____/_____ (insertar curso)

Nombre y apellidos del alumno/a:

DNI/pasaporte/NIE:

Sexo:

Nacionalidad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento (localidad):

Nombre y apellidos (madre):

DNI/pasaporte/NIE (madre):

Nombre y apellidos (padre):

DNI/pasaporte/NIE (padre):

NIA - Número de identificación alumno/a (sólo si estuvo matriculado/a anteriormente en otro centro):

bosquescuela
learning in nature

Horario:

Horario:

☐ Parcial (8:30h – 14:00 h)

☐ Completo (en sept y junio de 8:30 h a 15:30 h y de oct a mayo de 8:30 h a 16:15 h)

En caso de marcar horario completo indicar mes de incorporación a este horario completo:

Para los meses de oct a mayo solicito la recogida extendida hasta las 16:30 h (sin cos

☐ Sí

☐ No

Solicito que me hijo/a reciba una clase de religión católica a la semana.

☐ Sí

☐ No

Autorización actividades

Declaro/declaramos con la firma de este documento siendo conocedores de la especificidad del proyecto docente del Centro Bosquescuela, basado en el concepto de escuelas infantiles al aire libre y en el Ideario de Centro disponible en el área protegido para familias en la web www.bosquescuela.com , y de que, por tanto, la mayor parte de la actividad educativa se desarrolla en el entorno natural del centro y en las destinaciones de las excursiones.
Estoy/estamos informados/as de las actividades que se realizan en Bosquescuela y de los riesgos que conlleva implícitos la realización de actividades en la naturaleza (golpe de calor, trepar árboles y rocas, jugar con palos, piedras, riesgo de picaduras de insectos etc.). Así mismo, he sido informado/a sobre el plan de seguridad y las normas al respecto y el vestimento (ropa adecuada), y la necesidad de cumplir las indicaciones facilitadas por los educadores y educadoras en este sentido. La documentación al respecto está disponible en el área de familias de la página web de Bosquescuela a la cual me fue facilitado el acceso bajo contraseña.
En caso de incumplimiento de dichas indicaciones INTERPRENDE S.L./Bosquescuela Cerceda se reserva el derecho de admisión sin devolución de las cuotas aportadas.
En este sentido, declaro/declaramos también haber sido informados/as por la titularidad del centro del ámbito geográfico concreto en que se desarrollará dicha actividad educativa, así como de su contenido y características específicas.

bosquescuela
learning in nature

Igualmente declaro/declaramos que mi/nuestro hijo/a no presenta ningún tipo de condicionante físico para la realización de estas actividades. En caso de presentarlo, me comprometo/nos comprometos a informar previamente a INTERPRENDE S.L./Bosquescuela Cerceda de dicha situación por escrito, para poder valorar las condiciones de participación en la actividad.

Con la firma de este documento autorizo/autorizamos a mi hijo/a a participar en las actividades educativas del Centro.

Autorización a terceras personas para la recogida en el centro

Con la firma abajo de este documento autorizo/autorizamos a las siguientes personas a recoger a mi/nuestro hijo/a en el Centro:

Nombre y apellidos:

DNI/pasaporte/NIE:

Nombre y apellidos:

DNI/pasaporte/NIE:

La autorización a terceras personas para la recogida en el centro estará vigente durante todo el curso escolar mientras no se reciba nuevo escrito que la desautorice.

INFORMACIÓN / FICHA MÉDICA

Marcar casilla:

☐ SEGURIDAD SOCIAL
Nº DE PÓLIZA SS / TARJETA SANITARIA:

☐ SEGURO MÉDICO PRIVADO
Nº DE PÓLIZA / TARJETA SANITARIA:

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI	NO	¿CUÁL?

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	SI	NO	¿CUÁL?
¿ESTÁ OPERADO/A?	SI	NO	¿DE QUÉ?

ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS

¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	SI	NO	¿CUÁL?
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS?	SI	NO	¿A QUÉ?
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL?	SI	NO	¿CUÁL?

MEDICACIÓN

¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?	SI	NO	¿CUÁL?	DOSIS:

PAUTAS PARA LA MEDICACIÓN (FORMA DE ADMINISTRACIÓN, HORARIO…):

bosquescuela
learning in nature

VACUNACIÓN

¿TIENE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN AL DÍA?	SI	NO	(marcar opciones)

EN CASO NEGATIVO ¿QUÉ VACUNAS NO LE HAN SIDO SUMINISTRADAS?

¿QUÉ SE LE SUELE ADMINISTRAR PARA PATOLOGÍAS LEVES? (DOLOR DE DE CABEZA, DOLOR DE ESTÓMAGO, FATIGA…) ¿ES PROPENSO A ALGUNA DE ELLAS?

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS:

AUTORIZO/AUTORIZAMOS a que, en caso de urgencia, el/la responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Con la firma de este documento solicito/solicitamos al Centro Bosquescuela que se le administre medicación bajo prescripción médica en las dosis siguientes:

Medicación:

Dosis:

Fecha de administración: _____

Esta autorización va acompañada -en su caso- del informe médico donde se prescribe el tratamiento, dosis y en qué situaciones debe ser administrada debidamente firmado y sellada.

Informe médico adjuntado: SI NO (marcar una de las dos opciones)

Siguiendo el protocolo de actuaciones para la administración de medicación en escuelas y en casos de urgencia y rescate el Centro Bosquescuela se ocupará únicamente de administrar el medicamento según informe médico y se exime de cualquier responsabilidad sobre las consecuencias de la administración de dicha medicación en el niño/a.

TARIFAS DEL CENTRO Y REGIMEN INTERIOR

Con la firma de este documento confirmo/confirmamos que he leído/hemos leído la Ficha de "Tarifas de Centro" y el "Reglamento de Régimen Interior del Centro", los dos documentos disponibles en el área protegida "Matriculación Bosquescuela Cerceda" de la página web www.bosquescuela.com **y que lo acepto/aceptamos.**

DOMILICACIÓN BANCARIA DE LAS CUOTAS DEL CENTRO

Nombre y apellidos del o de la titular de la cuenta bancaria para la domiciliación de las cuotas según las Tarifas del Centro:

Insertar en la siguiente celda el IBAN para la domiciliación bancaria de las cuotas, por favor:

---

bosquescuela
learning in nature

DECLARACIÓN MATRICULACIÓN

Declaro/declaramos con la firma de este documento que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades normales escolares, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

Declaro/declaramos querer realizar la matriculación de nuestro hijo/a en el Centro Bosquescuela Cerceda para el curso escolar arriba indicado y que acepto/aceptamos las condiciones recogidas en este documento.

FIRMA PROGENITORES

Lugar y fecha: Fdo. (madre):

Lugar y fecha: Fdo. (padre):

FIRMA TITULARES DE LA CUENTA BANCARIA PARA LA DOMICILIACIÓN DE CUOTAS

Fdo (titular de la cuenta bancaria):