DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN EL CENTRO LALDEA

Una vez admitido en el Centro Laldea deberá entregar la siguiente documentación:

- Impreso de matrícula cumplimentado.
- Fotocopia del DNI.
- Dos fotografías tamaño carné.
- Informe del Consejo Orientador, también denominado Dictamen de escolarización o Informe psicopedagógico (sólo en el caso del alumnado menor a 17 años)
- Certificado y Dictamen de discapacidad (sólo en caso de tenerlo)
- Declaración responsable de no haber titulado en FP (sólo en el caso de alumnado mayor de 17 años).
- Ficha de salud
- Autorización de salidas para realización de actividades complementarias.
- Autorización de imagen (o denegación de ésta).
- Autorización de envío de información relativa al Centro Laldea (o denegación de ésta)
- Cuestionario Brecha digital.
- Declaración responsable en relación al Covid-19.
- Certificado Covid de vacunación.

Los impresos se adjuntan a continuación.

Junta de Castilla y León
Consejería de Educación

foto

Código IAPA: n.º 2326 Modelo: n.º 3765

MATRICULA EN CENTROS DOCENTES SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS
CICLOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA

CURSO ACADÉMICO 20...../ 20.....

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO			
CENTRO DONDE SE MATRICULA FUNDABEM	DOMICILIO DEL CENTRO Parcela 5005/polígono 70. Crta. AV-P-405, km 0,85. Paraje el Cerrillo		
LOCALIDAD ALDEA DEL REY NIÑO	PROVINCIA ÁVILA		CÓDIGO POSTAL 05197
Nº MATRÍCULA	Nº EXPEDIENTE	C.I.E.	CÓDIGO DEL CENTRO 05163340
FECHA DE MATRICULACIÓN			

DATOS DEL ALUMNO/A		
APELLIDOS	NOMBRE	NIF/NIE/PASAPORTE
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO (*dd/mm/aaaa*)	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN C/ ..... nº ..... piso ..... letra/escalera ..... C.P. ..... Provincia: ..... Localidad:		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
Datos de padre o tutor (rellenar sólo en el caso de que el alumno/la alumna sea menor de edad)		
APELLIDOS	NOMBRE	NIF/NIE/PASAPORTE
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN C/ ..... nº ..... piso ..... letra/escalera ..... C.P. ..... Provincia: ..... Localidad:		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
Datos de madre o tutora (rellenar sólo en el caso de que el alumno/la alumna sea menor de edad)		
APELLIDOS	NOMBRE	NIF/NIE/PASAPORTE
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN C/ ..... nº ..... piso ..... letra/escalera ..... C.P. ..... Provincia: ..... Localidad:		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL

DATOS DE MATRÍCULA		
CICLO EN EL QUE DESEA MATRICULARSE: FPB " AGROJARDINERÍA Y COMPOSICIONES FLORALES"	CÓDIGO DEL CICLO: AGA01B	CURSO 1º ☒ 2º ☐
CENTRO DE PROCEDENCIA:	LOCALIDAD	PROVINCIA
ÚLTIMO CURSO MATRICULADO:	ÚLTIMO CURSO SUPERADO	
ACREDITA DISCAPACIDAD SÍ ☐ NO ☐	TIPO:	

(En caso de que el solicitante sea menor de edad)

El solicitante — Padre o Tutor legal — Madre o Tutora legal

Fdo.: ..... Fdo.: ..... Fdo.: .....

En ....., a ..... de..... de.....

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial de la Consejería de Educación, órgano responsable del fichero, sita en la Avda. Monasterio Ntra. Sra. de Prado s/n, 47014 Valladolid. Para cualquier consulta relacionada con la materia de procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO CONCERTADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL BASICA ESPECÍFICA "LALDEA".

Imprimir

Fundabem

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Yo, D./Dña. _____,
con DNI _____ y fecha de nacimiento _____, estoy interesado en cursar el Ciclo Formativo de Formación Profesional Básica "Agrojardinería y Composiciones Florales", en el Centro Privado concertado LALDEA y,

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que **no** estoy en posesión de ningún título de Formación Profesional o cualquier otro que acredita la finalización de estudios secundarios completos.

En _____, a ___ de _____ de 20___

Fdo. _____

Fundabem

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A

Alumno/a	
DNI	
Padre/madre/tutor	

DOLENCIAS FÍSICAS que pueden afectar a la actividad (espalda, rodillas, muñecas, etc.)
¿Tiene reconocida alguna **discapacidad física**?: NO / SÍ ¿Cuál?

¿Tiene reconocida alguna **discapacidad intelectual**?: NO / SÍ ¿Porcentaje? Otra información relevante sobre la discapacidad:

MEDICAMENTOS que pueden afectar a la actividad (relajantes, ansiolíticos, somníferos, etc.)

ALERGIAS: SI / NO
¿A qué tienes alergia? Respiratorias/Tópica/Cutánea/Picaduras insectos/Alimentarias/Otras Medicamentos que tomas:

El alumno/a ha presentado alguna vez reacciones alérgicas, convulsiones febriles, Convulsiones por otros motivos, crisis asmáticas.... SÍ / NO Observaciones:

¿Toma algún otro medicamento? SI/ NO ¿Cuál? ¿El alumno/a debe tomar algún tipo de medicamento durante su estancia en el centro? SI / NO ¿Cuál? Observaciones: ¿El alumno/a trae al centro algún medicamento por si fuera necesario su uso durante la estancia en el Centro? ¿Sabe cómo y cuándo tomarlo?

VACUNAS
¿Está vacunado del tétanos? SÍ / NO Fecha de vacunación:

VÉRTIGOS

FOBIAS CONOCIDAS

OTROS PROBLEMAS RELEVANTES (Operaciones, trasplantes...)

Observaciones:

Declaro que toda la información aportada es correcta, verídica y completa.

Nombre y Apellidos, firma y fecha

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE CAPTACIÓN Y USO DE IMAGEN PARA PERSONAS CON LA CAPACIDAD DE OBRAR

D/Dª....., mayor de edad, con DNI.....y domicilio en....., autorizo a la Fundación Abulense para el Empleo, con CIF G05163340, y con domicilio social en CL. Rio Tera, 17-19, 05004 Ávila (en adelante FUNDABEM), de manera expresa e inequívoca, a captar y utilizar las imágenes en las que aparezco grabado o fotografiado, individualmente o en grupo, con ocasión de las jornadas, encuentros y otras actividades en las que participemos organizadas por FUNDABEM, así como para su montaje y edición con la finalidad de ser publicadas y expuestas a través de sus canales de comunicación interna y externa.

El plazo de la cesión de los derechos de imagen y voz podrán ser modificados según el punto 8 de documento INFORMACIÓN SOBRE LA NUEVA NORMATIVA EUROPEA DE PROTECCIÓN DE DATOS que adjuntamos a este documento; esta cesión se hace de forma gratuita y sin límite en su ámbito territorial. FUNDABEM cuidará de que la captación y utilización de las imágenes no atente contra la dignidad ni el derecho al honor de las personas, ni contra la moral y el orden público, en los términos establecidos en la legislación vigente.

Igualmente, autorizo que dichas imágenes puedan aparecer en cualquier plataforma de comunicación de FUNDABEM-página web, redes sociales, vídeos y folletos divulgativos y de sensibilización social, exposiciones, etc, de conformidad con el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo, sobre Protección Civil de Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen y su desarrollo.

Se le hace entrega del documento INFORMACIÓN SOBRE LA NUEVA NORMATIVA EUROPEA DE PROTECCIÓN DE DATOS, el cual da cumplimiento al Reglamento General Europeo de Protección de Datos de 27 de abril de 2016.

Firma y recibí:

NOMBRE:_____ LUGAR Y FECHA: _____

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE CAPTACIÓN Y USO DE IMAGEN PARA PERSONAS CON LA CAPACIDAD DE OBRAR MODIFICADA

D/Dª....., mayor de edad, con DNI.....y domicilio en....., autorizo a la Fundación Abulense para el Empleo con CIF G05163340, y con domicilio social en CL. Rio Tera, 17-19, 05004 Ávila (en adelante FUNDABEM), de manera expresa e inequívoca, a captar y utilizar las imágenes en las que aparezco grabado o fotografiado, individualmente o en grupo, tanto yo mismo/a como mi hijo/tutelado (menor de 18 años o incapacitado judicialmente) mi hijo/tutelado D./Dª_____, con DNI_____, con ocasión de las jornadas, encuentros y otras actividades en las que participemos organizadas por FUNDABEM, así como para su montaje y edición con la finalidad de ser publicadas y expuestas a través de sus canales de comunicación interna y externa.

El plazo de la cesión de los derechos de imagen y voz, podrán ser modificados según el punto 8 de documento INFORMACIÓN SOBRE LA NUEVA NORMATIVA EUROPEA DE PROTECCIÓN DE DATOS que adjuntamos a este documento, esta cesión se realiza de forma gratuita y sin límite en su ámbito territorial. FUNDABEM cuidará de que la captación y utilización de las imágenes no atente contra la dignidad ni el derecho al honor de las personas, ni contra la moral y el orden público, en los términos establecidos en la legislación vigente.

Igualmente, autorizo que dichas imágenes puedan aparecer en cualquier plataforma de comunicación de FUNDABEM-página web, redes sociales, vídeos y folletos divulgativos y de sensibilización social, exposiciones, etc, de conformidad con el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo, sobre Protección Civil de Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen y su desarrollo.

Se le hace entrega del documento INFORMACIÓN SOBRE LA NUEVA NORMATIVA EUROPEA DE PROTECCIÓN DE DATOS, el cual da cumplimiento al Reglamento General Europeo de Protección de Datos de 27 de abril de 2016.

Firma del padre/madre/tutor:

(Si es menor de 18 años o incapacitado)

NOMBRE:_____

LUGAR Y FECHA:_____

Firma del hijo/tutelado:

NOMBRE:_____

LUGAR Y FECHA:_____

Fundabem

Centro Concertado de Formación Profesional Específica "LALDEA".
Nº 05009868

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR A TRAVÉS DE CANALES DIGITALES (CORREOS, WHATSAPP, PLATAFORMA EDUCATIVA) y MEDIOS ESCRITOS, INFORMACIÓN SOBRE DIFERENTES:
CAMPAÑAS/ACTIVIDADES/PROMOCIONES/BOLETINES INFORMATIVOS QUE REALICE LA FUNDACIÓN Y/O EL CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO, en aplicación del *Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), datos que serán incorporados en ficheros responsabilidad de* ***FUNDABEM,*** *cuya finalidad es facilitar la prestación de los servicios autorizados.*

D.Dª _____con DNI_____

como madre, padre o tutor legal del alumno/a _____

matriculado en el Ciclo Formativo "Agrojardinería y Composiciones Florales",

☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

al Centro Concertado de Formación Profesional Específica "LALDEA" para que me sea remitida la información que desarrolle la entidad gestora del Centro así como el CEE asociado a la misma, tanto por canales online (boletín digital, promociones, actividades, agendas de actos...) y off-line (folletos informativos...).

Correos electrónicos al que desean les se remitida la información:
1. _____
2. _____

Teléfono para WhatsApp:
1._____
2._____

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad previstos en el Reglamento en cualquier momento, mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique, dirigido a la dirección de la Empresa o a través del email ***comunicacion@fundabem.es***

Fdo: _____ DNI _____

En Ávila, a _____ de _____ de 20__

Fundabem

CUESTIONARIO BRECHA DIGITAL PADRES, MADRES, TUTORES Y ALUMNOS/AS

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Completa la siguiente tabla:

Aparatos	¿Lo tienes? SI/NO	¿CUÁNTOS tienes?	¿Con cuántas personas lo comparte?	Indique porcentaje de uso personal	Observaciones
Ordenador de mesa					
Ordenador portátil					
Cámara en el ordenador					
Escáner					
Impresora					
Tablet					
Teléfono fijo					
Teléfono móvil					

Responde a las siguientes preguntas:

¿Descarga y utiliza aplicaciones en el móvil? ¿Cuáles son las más habituales?

_____

¿Tiene WhatsApp en el móvil? _____ ¿Sabe mandar mensajes escritos, mensajes de voz, fotos, vídeos, archivos, etc. a través de WhatsApp? ¿Qué es lo que no sabe? _____

¿Tiene correo electrónico? _____ ¿Lo utiliza con frecuencia? _____

¿Sabe adjuntar y descargar archivos (documentos, fotos, videos) a través de correo electrónico? _____

¿Maneja internet? _____ ¿Sabe utilizar buscadores tipo Google? _____

¿Compra por internet? _____

¿Utiliza redes sociales? _____ ¿Cuáles? _____

Si fuera posible realizar un curso/taller/charla de formación en tecnología digital, ¿estaría interesado? _____ ¿En cuáles? _____

Indique su nivel de competencia digital:

Herramientas	CONOCIMIENTO				UTILIZACIÓN			
	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Nada	Poco	Bastante	Mucho
WhatsApp								
Cámara de fotos del móvil								
Otras apps del móvil								
Correo electrónico								
Word								
PowerPoint								
Excel								
Google								
Google Meet								
Google drive								
Plataforma Moodle								
Teams								
Otras herramientas de internet								

Fundabem

DECLARACIÓN RESPONSABLE
(a cumplimentar por el ALUMNO/A)

El alumno/a D./Dña. _____, mayor de edad, con D.N.I. _____, y con domicilio en _____
Población _____ Provincia de _____C.P. _____y teléfono_____, matriculado en el grupo ____ de F.P.B. Agrojardinería y composiciones florales, en el Centro educativo Privado Concertado LALDEA, de la localidad de La Aldea del Rey Niño, en Ávila.

DECLARA responsablemente que su hijo/a no asistirá al Centro educativo en caso de:

- Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En _____, a ____ de _____ de 202___.

Firma alumno/a

Fundabem

DECLARACIÓN RESPONSABLE
(a cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR)

D./Dña _____,

con D.N.I. _____, y con domicilio en _____

Población _____ Provincia de _____

C.P. _____ y teléfono_____, como padre / madre / tutor legal, del alumno/a _____, matriculado en el grupo ____ de F.P.B. Agrojardinería y composiciones florales, en el Centro educativo Privado Concertado LALDEA, de la localidad de La Aldea del Rey Niño, en Ávila.

DECLARA responsablemente que su hijo/a no asistirá al centro educativo en caso de:

- Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En _____, a __ de _____ de 202__.

Firma padre/madre/tutor

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS DEL CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA" AGROJARDINERÍA Y COMPOSICIONES FLORALES"

D./ Dª. _____

con D.N.I.: _____, como padre, madre o tutor/a del alumno/a _____ con DNI _____ perteneciente al curso_____ de F.P.B. Agrojardinería y composiciones florales, en el Centro privado concertado LALDEA, le autorizo a que asista a todas las salidas programadas en Ávila, para la realización de actividades complementarias como parte de su formación, que le serán comunicadas previamente.

También exime a los profesores o acompañantes del alumno/a de toda responsabilidad en caso de accidente si el alumno/a no ha cumplido con las instrucciones indicadas.

Las normas existentes en el Centro Laldea también son de obligado cumplimiento en estas actividades complementarias.

Fdo._____

En Ávila, a ___ de_____ de _____