

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN EL CENTRO LALDEA

PARA EL **NUEVO** ALUMNADO ADMITIDO EN EL CP_rFP LALDEA

Una vez admitido deberá entregar la siguiente documentación **ESCANEADA INDIVIDUALMENTE**. **Cada archivo deberá venir nombrado como el documento que contiene.**

- ✚ Declaración responsable firmada por el tutor legal, (una por cada progenitor o tutor)
- ✚ Fotografía del alumno/a tamaño carnet.
- ✚ DNI del alumno/a.
- ✚ DNI del tutor legal 1.
- ✚ DNI del tutor legal 2.
- ✚ Libro de familia o certificado de tutela.
- ✚ Documento acreditativo de familia numerosa.
- ✚ Tarjeta sanitaria del alumno.
- ✚ Certificado acreditativo de grado de discapacidad.
- ✚ Certificado médico de enfermedad crónica del alumno.
- ✚ Solicitud de convalidación de módulos de formación profesional básica (si ha cursado y aprobado algún módulo con anterioridad).

Además, deberá entregar la siguiente documentación en **PAPEL**:

- ✚ Impreso cumplimentado de matrícula.
- ✚ Fotografía tamaño carné.
- ✚ Informe del Consejo Orientador del último centro al que ha asistido. (Sólo 1º)
- ✚ Certificación académica expedida por el último centro en el que alumno estuviese matriculado (Solo 1º).
- ✚ Número de la Seguridad Social propio **del alumno** (NO asociado a su padre/madre). Si no lo tiene, deberá solicitar uno nuevo a la Seguridad Social.
- ✚ Informe psicopedagógico. (del centro donde ha estado escolarizado si se le han dado) (Solo 1º).

Finalmente, deberá cumplimentar los siguientes **IMPRESOS EN PAPEL**, facilitados por el centro:

- ✚ Declaración responsable de no haber titulado en FP (sólo en el caso de alumnado mayor de 17 años). (Sólo 1º)
- ✚ Ficha de salud
- ✚ Declaración jurada sobre datos médicos.
- ✚ Autorización de salidas para realización de actividades complementarias.
- ✚ Autorización de imagen y voz.
- ✚ Autorización de envío de información de FUNDABEM.
- ✚ Cuestionario Brecha digital (para padres, madres o tutores).
- ✚ Autorización salida durante el recreo.

PARA ANTIGUO ALUMNADO DEL CPrFP LALDEA

Deberá entregar la siguiente documentación ESCANEADA INDIVIDUALMENTE. Cada archivo deberá venir nombrado como el documento que contiene.

- + Declaración responsable firmada por el tutor legal, (una por cada progenitor o tutor)
- + Cualquiera de los siguientes documentos SI y SOLO SI ha cambiado con respecto al curso anterior:
 - Fotografía del alumno/a tamaño carnet.
 - DNI del alumno/a.
 - DNI del tutor legal 1.
 - DNI del tutor legal 2.
 - Libro de familia o certificado de tutela.
 - Documento acreditativo de familia numerosa.
 - Tarjeta sanitaria del alumno.
 - Certificado acreditativo de grado de discapacidad.
 - Certificado médico de enfermedad crónica del alumno.

Además, deberá entregar la siguiente documentación en PAPEL:

- + Impreso cumplimentado de matrícula.
- + Fotografía tamaño carné.

Finalmente, deberá cumplimentar los siguientes IMPRESOS EN PAPEL, facilitados por el centro:

- + Autorización de salidas para realización de actividades complementarias.
- + Autorización de imagen y voz.
- + Autorización de envío de información de FUNDABEM.
- + Autorización salida durante el recreo.
- + Cualquiera de los siguientes documentos SI y SOLO SI ha cambiado con respecto al curso anterior:
 - Ficha de salud
 - Declaración jurada sobre datos médicos.
 - Cuestionario Brecha digital (para padres, madres o tutores).



Fundabem

Foto

MATRÍCULA EN CENTROS DOCENTES SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS
CICLO DE FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA
CURSO ACADÉMICO 20____ / 20____

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO	CENTRO DONDE SE MATRICULA CPrFP LALDEA		DOMICILIO DEL CENTRO Ctra. AV-P-405 km. 0,800 - Paraje El Cerrillo	
	LOCALIDAD La Aldea del Rey Niño	PROVINCIA Ávila	C. P. 05197	CÓDIGO DE CENTRO 05009868
	Nº MATRÍCULA	Nº EXPEDIENTE	CIE	
	FECHA DE MATRICULACIÓN			

DATOS DEL ALUMNO/A

DATOS DEL ALUMNO/A	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		
	DNI / NIE		SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER			
DATOS DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD		
	PROVINCIA	MUNICIPIO		LOCALIDAD		
DATOS DEL SEGURO	ENTIDAD DE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRO (Exponer cuál)		Nº ASEGURADO / Nº TARJETA SANITARIA PROPIO			
DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ PORCENTAJE		TIPO DE DISCAPACIDAD			
FAMILIA NUMEROSA	FAMILIA NUMEROSA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		TIPO DE FAMILIA NUMEROSA			
	COMUNIDAD AUTÓNOMA		Nº DE TÍTULO	VÁLIDO HASTA		
DATOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO MÓVIL	OTRO TELÉFONO		
DATOS DEL DOMICILIO	TIPO: <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> FAMILIAR					
	PROVINCIA	MUNICIPIO		LOCALIDAD		
	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO					
	PORTAL	ESCALERA	PISO	LETRA	CÓDIGO POSTAL	
DATOS COMPLEMENTARIOS	<input type="checkbox"/> ALUMNO EMANCIPADO/A		N.º HERMANOS/AS (EXCLUIDO EL ALUMNO)			ORDEN QUE OCUPA EL ALUMNO

DATOS DEL TUTOR/A LEGAL 1

DATOS PERSONALES	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
	DNI / NIE		PARENTESCO	NACIONALIDAD	
DOMICILIO	<input type="checkbox"/> MISMO DOMICILIO QUE EL ALUMNO/A				
	PROVINCIA	MUNICIPIO		LOCALIDAD	
	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO				
	PORTAL	ESCALERA	PISO	LETRA	CÓDIGO POSTAL
DATOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO MÓVIL	OTRO TELÉFONO	



DATOS DEL TUTOR/A LEGAL 2 NO EXISTE

DATOS PERSONALES	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
	DNI / NIE		PARENTESCO		NACIONALIDAD	
DOMICILIO	<input type="checkbox"/> MISMO DOMICILIO QUE EL ALUMNO/A					
	PROVINCIA		MUNICIPIO		LOCALIDAD	
	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO					
	PORTAL	ESCALERA	PISO	LETRA	CÓDIGO POSTAL	
DATOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO MÓVIL		OTRO TELÉFONO

OTRA PERSONA DE CONTACTO NO PROCEDE

DATOS PERSONALES	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
	DNI / NIE		PARENTESCO		NACIONALIDAD	
DOMICILIO	<input type="checkbox"/> MISMO DOMICILIO QUE EL ALUMNO/A					
	PROVINCIA		MUNICIPIO		LOCALIDAD	
	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO					
	PORTAL	ESCALERA	PISO	LETRA	CÓDIGO POSTAL	
DATOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO MÓVIL		OTRO TELÉFONO

CURRÍCULO

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CENTRO	CICLO EN EL QUE DESEA MATRICULARSE: FPB AGROJARDINERÍA Y COMPOSICIONES FLORALES		CURSO: 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/>		
	CENTRO DE PROCEDENCIA <input type="checkbox"/> CP rFP LALDEA <input type="checkbox"/> OTRO (Exponer centro, localidad y provincia)			ÚLTIMO CURSO SUPERADO	
	<input type="checkbox"/> SE MATRICULA POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO CP rFP LALDEA				
RECONOCIMIENTOS	SOLICITA CONVALIDACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		AÑADIR MATERIA		

AUTORIZO a la Consejería de Educación a la verificación electrónica de los requisitos y circunstancias referidas.

AUTORIZO NO AUTORIZO al centro, a fin de que el alumno/a pueda ser fotografiado/a o grabado/a, apareciendo su IMAGEN y VOZ en fotografías, vídeos y audios que se realicen durante el presente curso escolar, tanto dentro del recinto de éste como en fiestas, excursiones, talleres, teatros, etc. Que se lleven a cabo en el ámbito escolar. La utilización de estas grabaciones y fotografías será sólo y exclusivamente en el ámbito docente, para el centro, publicaciones escolares, del AMPA y de FUNDABEM, y podrán servir asimismo para elaborar documentos gráficos en revistas o publicaciones de ámbito educativo, filmaciones destinadas a difusión educativa no comercial, página web y redes sociales del centro y de FUNDABEM, con el fin de que los alumnos/as y sus padres, madres y tutores/as dispongan de un recuerdo de sus trayectoria y paso por el centro.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Los firmantes MANIFIESTAN SU CINFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y conocen y aceptan su proyecto educativo.

Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y FUNDABEM con la finalidad de gestionar el proceso de matriculación de los alumnos en centros. El tratamiento de estos datos es necesario para el ejercicio de un poder público. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

La Aldea del Rey Niño (Ávila), a _____ de _____ de 20__

Firma del alumno/a

Firma del tutor/a legal 1

Firma del tutor/a legal 1

Fdo. _____

Fdo. _____

Fdo. _____

SR./SR. DIRECTOR/A O TITULAR DEL CENTRO



DOCUMENTO 4

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE MÓDULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA

DATOS PERSONALES:

NIF/NIE/Pasaporte	Nombre
Apellidos.....	
Domicilio	
Código postal	Localidad
Provincia.....	
Tlf. Fijo	Tlf. Móvil.....
Correo electrónico.....	

DATOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA O CENTRO DE FORMACIÓN COMPETENTE:

Denominación	
Dirección	
Código postal	Localidad
Provincia.....	
Tlf. Fijo	Fax
Correo electrónico	

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO:

.....

ESTUDIOS QUE APORTA:

.....

MÓDULOS PROFESIONALES QUE SOLICITA: (Se debe hacer constar el nombre correcto. Indicar el código especificado en el Real Decreto que establece el título)

.....
.....
.....

FIRMA DEL SOLICITANTE y FECHA:

CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO:

D./Dña., como director/a del centro, certifico que los datos referidos en esta solicitud son correctos.	El director/a
En, a de de	(SELLO del IES)
	Fdo.:

ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Certificación académica oficial de los estudios aportados, expedida por un centro oficial (original o fotocopia compulsada).

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Formación Profesional y Régimen Especial
Finalidad	La convalidación de módulos profesionales de ciclos de Formación Profesional Inicial
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación http://www.educa.jcyl.es .

Para cualquier consulta relacionada con la materia de procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012, o si se llama desde fuera de Castilla y León al 983 327 850.

SR/SRA DIRECTOR/A DEL CENTRO EDUCATIVO _____

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaración responsable **para justificar la firma del progenitor o tutor legal que no presente la solicitud de matrícula**, dentro del proceso de matriculación on-line *del alumnado en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León, para cursar en el curso académico 2025/2026 enseñanzas de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato, ciclos formativos de formación profesional inicial y ciclos formativos de artes plásticas y diseño de régimen presencial.*

D/Dña.:

con DNI

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

La conformidad con la solicitud de matrícula para el **año académico 2026/2027**, del

Alumno

en el centro

para la enseñanza

en el curso 2026/2027

Cumplimentada por D/Dña.:

con DNI

Fdo.

En ,

a

de Junio

de 2026.



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. _____

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A

*Adjuntar el informe médico**

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? Incluir porcentaje.

--

¿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 del alumno/a y de su padre, madre o tutor. Firmas y fecha

(*) Es obligatorio adjuntar informe médico para poder velar por la salud de nuestro alumnado.



Fundabem

DECLARACIÓN JURADA SOBRE DATOS MÉDICOS

D./ D^a. _____

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 CPrFP,

COMUNICA Y CERTIFICA

Que la información médica del alumno/a (enfermedades, síndromes, epilepsia, convulsiones, intolerancias, alergias, medicación...) aportada en la ficha de salud junto con la matrícula es cierta y que no se ha omitido ningún dato sobre su salud.

Igualmente, me comprometo a informar al Centro Laldea si en el transcurso del curso académico dicha información médica se ve modificada o ampliada.

Fdo. _____

Padre, madre o tutor del alumno

Fdo. _____

Alumno/a del Centro Laldea

El CPrFP Laldea indica que, en caso de emergencia sanitaria del alumno/a por dolencias no informadas previamente, actuará avisando al 112 para que sea atendido lo antes posible y a la familia para que se haga responsable. Si se trata de un accidente, un profesional del centro acompañará a cualquier alumno/a, y si se trata de una enfermedad no informada previamente, sólo acompañará a los menores de edad.

Entiendo y asumo las condiciones que se exponen.

Fdo. _____

Padre, madre o tutor del alumno

Fdo. _____

Alumno/a del Centro Laldea



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

D./ D^a. _____
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 obligatoria, 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. _____
Padre, madre o tutor del alumno

Fdo. _____
Alumno/a del Centro Laldea

En Ávila, a ____ de _____ de _____

 <p>C/ Duque de Alba nº 6, portal 1, planta 2, local 5 Ávila Tlfno: 920 22 39 47</p>	<p>FICHA AUTORIZACIÓN- CESIÓN DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ</p>	<p>Código: GC Edición: 03 Fecha: 06/08/2024 Página: 1/2</p>
---	---	---

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE CAPTACIÓN Y USO DE IMAGEN Y VOZ

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 y los audios en los que se escucha mi voz, 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 se encuentra en la página web de la fundación; 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 y la voz 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 y audios puedan aparecer en cualquier plataforma de comunicación de FUNDABEM-página web, redes sociales, audiovisuales 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 informa de la disponibilidad en la página web de FUNDABEM, www.fundabem.es , 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:

NOMBRE: _____ LUGAR Y FECHA: _____

 <p>C/ Duque de Alba nº 6, portal 1, planta 2, local 5 Ávila Tlfno: 920 22 39 47</p>	<p>FICHA AUTORIZACIÓN- CESIÓN DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ</p>	<p>Código: GC Edición: 03 Fecha: 06/08/2024 Página: 2/2</p>
---	---	---

**DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE CAPTACIÓN Y USO DE IMAGEN Y VOZ
PARA PERSONAS CON NECESIDAD DE MEDIDAS DE APOYO (Ley 8/2021, de 2 de**

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 y los audios en los
que se escucha mi voz, individualmente o en grupo, tanto yo mismo/a como mi hijo/tutelado
(menor de 18 años o con medidas de apoyo judiciales) 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 se encuentra en la página web de la fundación, 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 y voz 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 y audios puedan aparecer en cualquier plataforma
de comunicación de FUNDABEM-página web, redes sociales, audiovisuales 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 informa de la disponibilidad en la página web de FUNDABEM, www.fundabem.es , 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 con medidas de
apoyos judiciales)

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.D^a _____ 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 FUNDABEM, 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__



CUESTIONARIO BRECHA DIGITAL PADRES, MADRES o TUTORES

Nombre y apellidos del padre, madre o tutor:

Teléfono:

Correo electrónico:

Completa la siguiente tabla:

Aparatos	¿Lo tienes? SI/NO	¿CUÁNTOS tienes?	¿Con cuántas personas lo comparte? Sin incluirle a Ud.	Indique porcentaje de uso personal	Observaciones
Ordenador de mesa					
Ordenador portátil					
Cámara en el ordenador					
¿El ordenador tiene Word y Powerpoint?					
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? _____
- ✓ ¿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 marcando con un X donde corresponda:

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



Fundabem

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS DEL CENTRO LALDEA DURANTE EL HORARIO DE RECREO Curso 2026-2027

D./ D^a. _____

con D.N.I.: _____, como padre, madre o tutor/a del
alumno/a _____

perteneciente al curso _____ de F.P.B. Agrojardinería y composiciones florales,
en el Centro privado concertado LALDEA, quedo informado y le autorizo a que
pueda salir del Centro durante el tiempo de recreo, siempre y cuando las docentes
lo consideren oportuno.

También exime al Centro y a cualquiera de sus profesionales de toda
responsabilidad en caso de accidente, daño, perjuicio a ellos mismos o a terceros,
etc. durante su estancia fuera del Centro.

En Ávila, ___ de _____ de _____

Fdo. _____
Padre, madre o tutor del alumno

Fdo. _____
Alumno/a del Centro Laldea

Padre, madre o tutor: Fdo. _____