



Matrícula y configuración académica  
de enseñanzas sostenidas con fondos  
públicos de  
**3º E.S.O. 2026/2027**  
**DIVERSIFICACIÓN**

IES JUAN DEL ENZINA. LEÓN

|                                                                                  |                          |                          |                          |                                                         |                      |                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|--|
| RESPONSABLE 1, Primer apellido                                                   |                          | Segundo apellido         |                          | Nombre                                                  |                      | D.N.I. / N.I.E.                                     |  |
| Padre                                                                            | Madre                    | Tutor                    | Institución              | ¿Reside en el domicilio del alumno/a?                   | Teléfono de contacto | Correo-e alternativo (diferente del @educa.jcyl.es) |  |
| <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                      |                                                     |  |
| Otros datos personales                                                           |                          |                          |                          | Número de hermanos: Lugar que ocupa:                    |                      |                                                     |  |
| ALUMNO/A, Correo-e propio diferente del @educa.jcyl.es (sólo mayores de 16 años) |                          |                          |                          | ALUMNO/A, Entidad de seguro médico                      |                      | Número de tarjeta sanitaria                         |  |
| OTRA PERSONA AUTORIZADA, Nombre                                                  |                          |                          |                          | D.N.I. / N.I.E.                                         |                      | Teléfono de contacto                                |  |

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONFIGURACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                          | Indicar si el alumno/a es REPETIDOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                  | ENSEÑANZAS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 3º E.S.O.                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Ámbito Lingüístico-Social <input checked="" type="checkbox"/> Inglés<br><input checked="" type="checkbox"/> Ámbito Científico-Tecnológico <input checked="" type="checkbox"/> Educación Física<br><input checked="" type="checkbox"/> Ámbito Práctico <input checked="" type="checkbox"/> Educación en Valores Cívicos y Éticos |
|                                                                                                                                                                                                                  | DIVERSIFICACIÓN                                                                              | <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Educación Plástica, Visual y Audiovisual                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                  | ELEGIR UNA MATERIA                                                                           | <input type="checkbox"/> Alternativa <input type="checkbox"/> Religión Católica                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                  | LIBRE CONFIGURACIÓN AUTONÓMICA                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Conocimiento de Lengua y Matemáticas                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Alumno/a ya procedente del programa PMAR en el curso anterior <input type="checkbox"/> Solicitud de ingreso por vez primera al programa DIVERSIFICACIÓN                                 |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Sólo para cursar E.S.O. en centros bilingües ► <input type="checkbox"/> Escolarización preferentemente en grupo BILINGÜE <input checked="" type="checkbox"/> Escolarización preferentemente en grupo NO BILINGÜE |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                        |                          |           |              |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------|------------------|
| CENTRO DE ORIGEN DEL ALUMNO/A<br>(a efectos de la petición de documentación académica) | CENTRO ORIGEN, Provincia | Localidad | Denominación | Código de centro |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------|------------------|

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DECLARACIONES Y FIRMAS | Conozco las normas del Instituto recogidas en el Proyecto Educativo de Centro. En particular, que no se puede utilizar el teléfono móvil en todo el recinto escolar sin autorización expresa y que no debo permanecer en los pasillos durante los cambios de clase salvo que tenga que desplazarme a otra aula. | Los firmantes MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD con el centro docente adjudicado en el proceso de admisión y con su proyecto educativo. Así mismo, DECLARAN bajo su responsabilidad la veracidad de los datos recogidos en este formulario. |
|                        | Fdo.:Alumno/a _____                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Responsable 1 _____ Responsable 2 _____<br>a de de 20                                                                                                                                                                                |