

ANEXO I / REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR DEL CPM DE SABIÑÁNIGO

AUTORIZACIÓN PARA LA ACTUACIÓN EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL CPM SABIÑÁNIGO

Antes de rellenar esta autorización deben conocer el protocolo de actuación en relación con la asistencia sanitaria en el Conservatorio.

Yo, D./D^a.....Padre/Madre o Tutor legal del alumno/a.....declaro que he leído el protocolo de actuación en relación con la asistencia sanitaria en el CPM Sabiñánigo, y que una vez conocido:

SI autorizo el desplazamiento al Centro de Salud en vehículo del docente u otro personal del centro, si fuesen esas las recomendaciones del Centro de Salud o a criterio del docente en caso de imposibilidad de contactar telefónicamente con el Centro de Salud y con la familia.

NO autorizo el desplazamiento al Centro de Salud en vehículo del docente u otro personal del centro, si fuesen esas las recomendaciones del Centro de Salud o a criterio del docente en caso de imposibilidad de contactar telefónicamente con el Centro de Salud y con la familia.

Los gastos que pudiesen derivarse de situaciones como esta, correrán a cargo de los padres o representantes legales del alumno/a.

La autorización es aplicable a las actividades dentro del centro y a las actividades extraescolares organizadas por el mismo que se realicen fuera del edificio.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES QUE ESTÉN RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO

Yo, D./D^a.....Padre/Madre o Tutor legal del alumno/a menor de edad.....declara que:

SI autoriza al Conservatorio Profesional de Música a utilizar imágenes en las que su hijo/a aparezca y que estén relacionadas con las actividades del Centro, ya sean dentro o fuera del mismo.

NO autoriza al Conservatorio Profesional de Música a utilizar imágenes en las que su hijo/a aparezca y que estén relacionadas con las actividades del Centro, ya sean dentro o fuera del mismo.

NOMBRE DEL COLEGIO:

HORA DE SALIDA:

Sabiñánigo, a

de

de 2024

Fdo.:.....

CURSO 2024/25

AUTORIZACIÓN PARA EL ALUMNADO PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA DE SIMULTANEIDAD

Dña.	con DNI:
D.	con DNI:
Teléfonos de contacto:	
En calidad de representantes legales de la menor/del menor adscrito al Programa para la Simultaneidad de las Enseñanzas Profesionales de Música y la ESO	
Nombre y apellidos:	
Especialidad:	
Curso en las EE.PP. de Música:	
Curso de ESO:	

En su nombre y representación CONOZCO/CONOCEMOS Y AUTORIZO/AUTORIZAMOS

El desplazamiento del alumnado se realizará sin supervisión de los centros desde el IES San Alberto Magno hasta el Conservatorio Profesional de Música de Sabiñánigo para asistir a las clases incluidas en el Programa para la Simultaneidad de las Enseñanzas Profesionales de Música y la ESO durante el curso 202__/202__.

En su nombre y representación AUTORIZO/AUTORIZAMOS (márquese con una X si corresponde):

Su ausencia en el Conservatorio Profesional de Música de Sabiñánigo en el horario destinado a las asignaturas impartidas en el mismo dentro del Programa para la Simultaneidad de las Enseñanzas Profesionales de Música y la ESO durante el mes de septiembre y hasta el inicio de las actividades lectivas tal y como establece el Calendario Escolar para el curso 202__/202__.

Por todo ello, firmo/firmamos en señal de nuestro consentimiento.

En SABIÑÁNIGO , a de de 202

Firmado:

CURSO 2024/25

DATOS PARA EL CENSO

**(RELLENAR TAN SÓLO EN CASOS QUE HAYA MODIFICACIONES
CON RESPECTO AL CURSO ANTERIOR Y ALUMNOS DE NUEVO INGRESO)**

Nombre y apellidos del alumno.....

Fecha de nacimiento.....D.N.I.

Domicilio.....Localidad

Indicar **un único** nº de móvil **para enviar SMS** en el caso de ausencia de algún profesor

Dirección de Notificaciones:

Al Padre o Tutor legal del alumno.

A la Madre o Tutor legal del alumno.

Al propio alumno.

Nombre y apellidos del padre o tutor legal

Email (MAYÚSCULAS): Teléfono móvil

Domicilio.....Localidad

D.N.I.:C.P.:

Nombre y apellidos de la madre o tutor legal

Email (MAYÚSCULAS): Teléfono móvil

Domicilio.....Localidad

D.N.I.:C.P.:

ABONO CUOTA DE FOTOCOPIAS

Todo el alumnado del Conservatorio deberá abonar 10€ como pago único por las fotocopias que se realizan a lo largo del curso. El pago podrá realizarse bien en efectivo en Secretaría o bien mediante ingreso en la cuenta IBAN ES64 2085 5336 0903 3024 3833 haciendo constar en el CONCEPTO "NOMBRE Y PRIMER APELLIDO DEL ALUMNO- FOTOCOPIAS" y debiendo aportar el correspondiente recibo en la secretaría del centro.

FOTOS

Alumnos de nuevo ingreso: 1 fotografía tipo carné.

Alumnos de 1º de EPM: 1 fotografía tipo carné.

Deberán ser entregadas en la secretaría del centro.

EXENCIÓN/ REDUCCIÓN TASAS

El alumnado del centro tiene derecho al pagu fraccionado de la matrícula. Además, el alumnado que esté en una de las siguientes situaciones debe presentar la documentación indicada para ejercer su derecho a exención/ reducción de las tasas:

Situaciones con derecho a exención	Documentación a aportar
Familia numerosa categoría especial	Fotocopia del Libro o carné de familia numerosa.
Grado de minusvalía del interesado/a igual o superior al 33%	Fotocopia del certificado del IASS o equivalente.
Víctima de acto terrorista	Fotocopia de la Resolución administrativa correspondiente.
Funcionario/a en activo del Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón	Certificado actualizado expedido por el Servicio Provincial del Departamento de Educación (caduca a los tres meses).
Hijo/a menor de 25 años de funcionario en activo del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón	Certificado actualizado expedido por el Servicio Provincial del Departamento de Educación (caduca a los tres meses). Fotocopia del libro de familia
Becario* (solo alumnado de profesional)	Credencial emitida por el Ministerio de Educación*
Situaciones con derecho a reducción (50%)	
Familia numerosa categoría general	Fotocopia del Libro o carné de familia numerosa.

* Los alumnos de EPM que deseen solicitar beca, deberán tramitarlo a través del enlace www.mecd.gob.es. El pago de los precios públicos correspondientes a la matrícula quedarán pendientes de ser abonados hasta la resolución de la concesión de las ayudas.

CURSO 2024/25

ASOCIACIÓN "CORCHEA" DE PADRES Y MADRES DE ALUMNOS
CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MUSICA
SABIÑÁNIGO (HUESCA)

Estimados Padres o Tutores:

Para formar parte de la asociación durante el curso escolar 2024-2025, afiliación de carácter voluntario, **rogamos rellenen los datos y entreguen esta hoja al mismo tiempo que entregan los impresos de matrícula, en la Secretaría del Conservatorio.**

Es conveniente que se facilite una dirección de correo electrónico de uso habitual, para utilizarla en las comunicaciones de la Asociación (convocatorias, envío de documentación si procede, aviso de actividades culturales, etc.)

El AMPA subvenciona parcialmente a sus miembros las actividades que realizan durante el curso y ayuda económicamente a otras actividades que realiza el conservatorio, como la ceremonia de graduación para los alumnos que acaban las enseñanzas profesionales, viajes de las agrupaciones, etc.

Rogamos que al formalizar la matrícula entreguen este impreso con los nombres y DNI de los beneficiarios del carnet (alumnos del conservatorio y padres/madres ó tutores legales)

LA JUNTA DIRECTIVA
apacorchea@gmail.com

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN; _____

CODIGO CUENTA IBAN:

E	S																		
		ENTIDAD BANCARIA			Nº SUCURSAL			DIGITO CONTROL		NUMERO DE CUENTA									

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA: _____

Mediante la firma de esta orden de domiciliación el deudor autoriza A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito por la misma. La solicitud de reembolso deberá de efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

FIRMA

USUARIOS CARNET AMPA:

PADRE O TUTOR LEGAL: _____ DNI: _____ e-mail: _____ @ _____

MADRE O TUTOR LEGAL: _____ DNI: _____ e-mail: _____ @ _____

(escribir la dirección e-mail con la letra más clara posible)

Nombre, apellidos, DNI (si lo tiene), especialidad y curso de los hij@s o miembros de la unidad familiar matriculados en el Centro:

	ALUMN@	DNI	INSTRUMENTO	CURSO	EE/EP
1					
2					
3					
4					

CUOTA ANUAL: 10€ POR FAMILIA

Tfno contacto: _____