



ANEXO IV

CENTROS BENEFICIARIOS: MODELO LISTADO DE ESTUDIANTES Y DOCENTES

Nº DE SOLICITUD:		PROGRAMA NACIONAL "CENTROS DE EDUCACIÓN AMBIENTAL (CEAM)" 2026														
NOMBRE CENTRO EDUCATIVO Y LOCALIDAD												CÓDIGO DE CENTRO:				
CEAM ASIGNADO:												FECHAS PARTICIPACIÓN:				
Nº	Nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Sexo	DNI / NIE / PASAPORTE	Fecha nacimiento	Curso	Muestra actitudes de respeto hacia sus docentes	Se relaciona adecuadamente con sus compañeros/as	Participa con actitud positiva en las actividades	Respeto las normas de convivencia dentro y fuera del aula	Muestra dificultad para controlar sus impulsos	Muestra actitudes de tolerancia	Dispone de la autorización familiar para participar en el programa, con la aceptación de las bases de la convocatoria	Dispone de la autorización familiar para la difusión de las imágenes, con fines educativos	Entidad médica	Observaciones (*) (alergias, intolerancias, medicación, dificultad movilidad... <i>(información facilitada por padre/madre o tutor/a)</i> )
							SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	NOMBRE
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																



Nº	Nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Sexo	DNI / NIE / PASAPORTE	Fecha nacimiento	Curso	Muestra actitudes de respeto hacia sus docentes	Se relaciona adecuadamente con sus compañeros/as	Participa con actitud positiva en las actividades	Respeto las normas de convivencia dentro y fuera del aula	Muestra dificultad para controlar sus impulsos	Muestra actitudes de tolerancia	Dispone de la autorización familiar para participar en el programa, con la aceptación de las bases de la convocatoria	Dispone de la autorización familiar para la difusión de las imágenes, con fines educativos	Entidad médica	Observaciones (*) (alergias, intolerancias, medicación, dificultad movilidad... <i>(información facilitada por padre/madre o tutor/a)</i> )
							SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	SÍ / NO	NOMBRE	SÍ / NO
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
		Total H														
		Total M														
		Total Otro														



DATOS DE DOCENTES						
Nº	Nombre y apellidos del docente	Fecha de nacimiento**	D.N.I.	N.R.P.	Teléfono móvil de contacto	Correo electrónico
1						
2						
3						
4						
**Se requiere esta información para que la empresa aseguradora haga efectiva la cobertura contratada						
(*) ACLARACIONES SOBRE LAS OBSERVACIONES - ADECUADAMENTE CONTRASTADAS CON FAMILIAS (PADRE/MADRE/TUTOR/A)						
Firma del Director/a y sello del centro		Firma del docente acompañante 1		Firma del docente acompañante 2		Firma del Orientador/a del centro