

AUTORIZACIÓN - INSCRIPCIÓN

Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias

AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D./D ^a .		NIF
Dirección		
C.P.	Población	Provincia
Tlf. Casa	Tlf. Móvil	E-mail

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos		Nombre
Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Fecha de Nacimiento	Edad en la actividad	CURSO
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

DATOS FACULTATIVOS y NUTRICIONALES DEL PARTICIPANTE

Celiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Especificar alimentos:			
Alergias Alimentarias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Especificar alimentos:			
Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Tipo de trastorno y observaciones:			
Necesidades Educativas Especiales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Especificar tipo y necesidades:			

Otros datos de interés

Especifica por favor cualquier información que consideres que es importante que conozcamos para una mejor atención de tu hijo/a:

AUTORIZO A MI HIJO/A a PARTICIPAR en la ACTIVIDAD "DÍA SIN COLE", que la **ASOCIACIÓN WE4KIDS** organiza en las instalaciones del CEIP MIGUEL DE UNAMUNO, el **09/12/16** en el siguiente horario (marcar con una X los tramos de interés):

J. Completa	9,00 - 16,00	
-------------	--------------	--

Ampliaciones	7,30 - 8,00	
	8,00 - 8,30	
	8,30 - 9,00	
	16,00 - 16,30	
	16,30 - 17,00	
	17,00-17,30	
	17,30-18,00	

J. Completa	18 €
Jornada Ampliada	
Media hora	19 €
1 HORA	20 €
1,5 HORAS	21 €
2 HORAS	22 €
2,5 HORAS	23 €
3 HORAS	24 €

Efectivo	
Ingreso	

Nº Cuenta ES77 0081 0664 9200 0143 2051

Segundo Hermano 10% Dto.
 Tercero y siguientes 20% Dto.

Del mismo modo autorizo a la Asociación We4kids a realizar fotografías a mi hijo durante la actividad

Y para que así conste, firmo la presente en a de de 2016



ESPACIO RESERVADO PARA LA ORGANIZACIÓN

DOCUMENTACIÓN RECIBIDA	
Autorización - Inscripción	
Resguardo de Pago	
Ficha Médica	
Fotocopia Tarjeta Sanitaria	
NEE	
Certificado/Informe NEE	



En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales, le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero titularidad de WE4KIDS, y serán tratados para la finalidad de gestión de clientes, cobros, facturación, mantenimiento y seguimiento de actividades. Del mismo modo, usted nos facilita datos de salud del participante en la actividad, y al hacerlo otorga su consentimiento expreso al tratamiento de este tipo de datos, por ser necesario para el correcto desenvolvimiento de la actividad. También autoriza a la cesión de datos a los gestores, coordinadores y monitores de la actividad, así como a la compañía de seguros, en el caso en que ocurra una incidencia cuyo riesgo esté cubierto. Con su firma autoriza a que el personal de WE4KIDS pueda recoger sus datos y tramitar su inscripción. Puede ejercer los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación, ante el responsable del fichero, acreditando su personalidad, escribiendo a INFO@WE4KIDS.ES