

## AUTORIZACIÓN - INSCRIPCIÓN

Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

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

### DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos		Nombre
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Edad en la actividad	CURSO

### DATOS FACULTATIVOS y NUTRICIONALES DEL PARTICIPANTE

Celiaco	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Especificar alimentos:			
Alergias Alimentarias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Especificar alimentos:			
Trastornos alimentarios	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tipo de trastorno y observaciones:			
Necesidades Educativas Especiales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
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 **17/02/2017** en el siguiente horario (marcar con una X los tramos de interés):

J. Completa	9,00 - 16,00	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------	--------------------------

Ampliaciones	7,30 - 8,00	<input type="checkbox"/>
	8,00 - 8,30	<input type="checkbox"/>
	8,30 - 9,00	<input type="checkbox"/>
	16,00 - 16,30	<input type="checkbox"/>
	16,30 - 17,00	<input type="checkbox"/>
	17,00-17,30	<input type="checkbox"/>
	17,30-18,00	<input type="checkbox"/>

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

Efectivo	<input type="checkbox"/>
Ingreso	<input type="checkbox"/>

Nº Cuenta ES77 0081 0664 9200 0143 2051

Segundo Hermano 10% Dto.	<input type="checkbox"/>
Tercero y siguientes 20% Dto.	<input type="checkbox"/>

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 2017

Fdo. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

**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](mailto:INFO@WE4KIDS.ES)