# AL COLE SIN COLE 2019/2020

# Ficha de inscripción

FOTO

## •DATOS ALUMNO:

**APELLIDOS:** _____ **NOMBRE:** _____

**CURSO Y CLASE:** _____ **FECHA NACIMIENTO:** ____/____/_____

| | Actividad (9:00 a 14:00) | Desayuno (7:30 a 9:00) | Comedor (14:00 a 16:00) | Ampliación (16:00 a 17:00) |
|---|---|---|---|---|
| 31 de octubre | ☐ *17€* | ☐ *5€* | ☐ *8€* | ☐ *6€* |
| 28 de febrero | ☐ *17€* | ☐ *5€* | ☐ *8€* | ☐ *6€* |
| 2 marzo | ☐ *17€* | ☐ *5€* | ☐ *8€* | ☐ *6€* |

## DATOS FAMILIARES:

**NOMBRE MADRE:** _____ **TELÉFONO MADRE:** _____

**NOMBRE PADRE**: _____ **TELÉFONO PADRE:** _____

**Teléfono 3:** _____ **Teléfono 4:** _____

**CORREOS ELECTRÓNICOS:** _____ /_____

**ESTADO CIVIL ACTUAL**: _____ En caso de separación o divorcio ¿quién ostenta la custodia?_____

**SI NO ES ALUMNO DEL COLEGIO MONTPELLIER CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS BANCARIOS:**

**TITULAR DE LA CUENTA CARGO:** _____ **DNI DEL TITULAR:** _____

**CUENTA BANCARIA PARA DOMICILIACIÓN:** _____

## •OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO:

| NOMBRE Y APELLIDOS | DNI | TELÉFONO | RELACIÓN CON EL ALUMNO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

⟹ CONTINÚA AL DORSO

## •FICHA MÉDICA:

**Por favor, rellénela lo más completa posible**

**Alergias** (Medicamentos, alimentos, elementos ambientales, tejidos, etc…):

_____

_____

_____

**¿Necesita algún tipo de tratamiento médico?** SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

_____

_____

_____

_____

**OBSERVACIONES (Cualquier otro dato que consideres de interés):** _____

_____

_____

_____

_____

**ADJUNTAR INFORME:** Si desea señalar algún otro dato de interés, hágalo en un escrito aparte (confidencial).

---

**Los abajo firmantes Dª**_____, **con D.N.I**_____, **y D.** _____, **con D.N.I**_____, **AUTORIZAN** a su hijo/a o pupilo a asistir a la actividad arriba indicada, que se desarrollará en las instalaciones del Colegio Montpellier de Madrid. Se **COMPROMETEN** a aceptar las normas de régimen interno de la actividad, y **CERTIFICAN** que su hijo/a o pupilo no padece enfermedad física o psíquica que le incapacite para la convivencia en grupo, o para la realización de las actividades del campamento.

**Fecha:** _____

**Fdo.: el Padre/Tutor**_____ **Fdo.: la Madre/Tutora**_____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal se informa a los interesados que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en ficheros, de carácter manual e informatizado, de los que es titular la FUNDACIÓN EDUCATIVA FRANCISCANAS DE MONTPELLIER, y que tienen por finalidad la gestión de la actividad. Asimismo, se le informa de la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de acuerdo con lo establecido en los artículos 15 y siguientes de la L.O.P.D. que podrá ejercer dirigiéndose a C/ Torrelaguna, 61 1ºE 28027 Madrid. Mediante la cumplimentación del presente documento, el firmante otorga su consentimiento para el tratamiento manual e informatizado de sus datos con los fines anteriormente citados, así como del uso de los materiales audiovisuales en los que aparezcan su hijo/a o pupilo para su inclusión en los distintos soportes (web, twitter, periódico y circulares).
Para la óptima gestión de la actividad se cederán los datos facilitados a PLANESPORT S.L., responsable de la prestación final de la actividad.