

**FICHA INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA CURSO 2022 -2023**

|  |                 |
|--|-----------------|
| Nombre y apellidos del alumno/a:   |                 |
| Fecha de nacimiento:   | de de 20        |
| Fecha de inicio:   | de de 202       |
| Hora de entrada:   | Hora de salida: |
| Servicio Comedor : Desayuno: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Merienda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                 |
| Datos de interés (alergias y /o intolerancias, enfermedades...)  |                 |

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Nombre y apellidos del padre:   | DNI:      |
| Dirección:                      |           |
| email:                          | Teléfono: |
| Nombre y apellidos de la madre: | DNI:      |
| Dirección:                      |           |
| email:                          | Teléfono: |

|                                  |
|----------------------------------|
| FORMA DE PAGO (recibo o cheque): |
| CUANTÍA MENSUAL : €              |

|   |              |          |    |           |
|---|--------------|----------|----|-----------|
| DOMICILIACIÓN BANCARIA (obligatorio para pagos de actividades y extras) |              |          |    |           |
| IBAN  | COD. ENTIDAD | SUCURSAL | DC | Nº CUENTA |
|   |              |          |    |           |
| Nombre apellidos y DNI del titular de la cuenta:                        |              |          |    |           |

|   |  |
|---|--|
| PAGO CON CHEQUE UP, SODEXO O EDENRED                |  |
| EMPRESA DE LOS LOS CHEQUES:                         |  |
| CUANTIA:  | € ¿TRANSFERENCIA O ENTREGA DEL CHEQUE EN CENTRO? |
| EL ABONO DE ESTA MODALIDAD SE REALIZARÁ A PARTIR DE |  |

**DATOS FACTURA**

|  |                |
|--|----------------|
| Persona física:    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                |
| Nombre y 2 apellidos:  | NIF:           |
| Persona jurídica:    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                |
| Nombre completo:   | Código postal: |
| CIF:   | Dirección:     |

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo a las **personas que recogerán a mi hijo/a** en el centro mediante agenda digital y soy responsable de ello: Si  No
- **Autorizo** al centro a realizar **fotos y videos**, a su publicación en la página web y Facebook del centro con fines publicitarios, así como su exhibición en la agenda digital de mi hijo/a con fines pedagógicos en actividades lectivas, complementarias y extraescolares organizadas por el centro: Si  No
- Autorizo al personal del centro a **administrar antitérmicos** (dosis según peso y edad) en caso de presentarse fiebre y no localizar a los familiares o cuidadores del niño: Si  No

**LOPD**

| Información básica sobre Protección de Datos (V3) |  |
|---|--|
| <b>Responsable:</b>                               | Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum Diócesis de Madrid  |
| <b>Finalidad:</b>                                 | Gestión de las relaciones con la Asociación  |
| <b>Legitimación:</b>                              | Ejecución de contrato e interés legítimo del interesado  |
| <b>Destinatarios:</b>                             | Sólo se cederán datos a las empresas con las que se colabora para cumplir con la relación contractual suscrita, y las legalmente obligatorias por razones informáticas o electrónicas                            |
| <b>Derechos:</b>                                  | Acceder, rectificar, cancelar, bloquear, oposición y portabilidad  |
| <b>Información adicional:</b>                     | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página Web: <a href="http://www.saluscampuesdemadrid.com/transparencia">www.saluscampuesdemadrid.com/transparencia</a> |

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) 2016/679 de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales cedo a la Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum Diócesis de Madrid los datos introducidos en el presente formulario que serán incorporados a los ficheros de la Asociación y asimismo autorizo a que sean tratados según la información básica y adicional que tengo en este momento a mi disposición.

Casilla de consentimiento inequívoco

**He leído Boletín informativo curso 22-23 y acepto estas condiciones,**

Nombre y apellidos:

Firma:

En Madrid, a            de            de 202