

FICHA INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA CURSO 2024 -2025

Nombre y apellidos del alumno/a:	
Fecha de nacimiento:	de de 20 Nacionalidad:
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: Sí 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: Sí 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: Sí No

LOPD

Información básica sobre Protección de Datos (V3)	
Responsable:	Asociación Nuestra Señora Salus Infirmorum Diócesis de Madrid
Finalidad:	Gestión de las relaciones con la Asociación
Legitimación:	Ejecución de contrato e interés legítimo del interesado
Destinatarios:	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
Derechos:	Acceder, rectificar, cancelar, bloquear, oposición y portabilidad
Información adicional:	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página Web: www.saluscampuesdemadrid.com/transparencia

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 24-25 y acepto estas condiciones,

Nombre y apellidos:

Firma:

En Madrid, a de de 202