

FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL ALUMNO

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Localidad de nacimiento: _____ Provincia: _____

Domicilio actual: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Número de hermanos/as: _____ Posición que ocupa: _____

FOTO

SOLICITUD DE MATRÍCULA

Tipo de jornada: _____ Fecha de incorporación: _____

Horario de entrada: _____ Horario de salida: _____

DATOS FAMILIARES/TUTORES

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

Domicilio actual: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

Domicilio actual: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos de contacto: _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____

OTROS DATOS

Sus datos van a ser incorporados al fichero registrado en la Agencia de Protección de Datos con el número 2173100909. Usted consiente que tratemos sus datos personales con la finalidad de promocionar información de nuestras actividades. Si desea ejercitar derecho de oposición, acceso, rectificación o cancelación respecto de estos datos, indíquenoslo por escrito a: ceiamapolagalapagos@gmail.com



Estado de salud general del alumno: _____

Observaciones médicas significativas (alergias)

¿Come sólidos o puré? _____

Control de esfínteres: _____

¿Cómo describirías a vuestro hijo/hija?

DATOS BANCARIOS

Nombre completo: _____ DNI: _____

IBAN: _ _ _ _ _

ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS DEL CENTRO

D/Dña, _____ con DNI _____

padre/madre/tutor del alumno _____

he leído, de acuerdo y asumo el cumplimiento de todas las normas de orden y funcionamiento de la C.E.I. Amapola.

Fecha:

Firma:



AUTORIZACIÓN FOTOS

Autorizo al C.E.I. Amapola a que realice fotos y vídeos de mi hijo/a _____ durante su estancia en el centro para su exposición en diferentes medios de comunicación, página web, locales, autonómicos y/o nacionales. Garantizando y protegiendo el honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen de los menores, respetándose en todo momento.

- SI
- NO

Fecha:

Firma:

AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS

Autorizo al C.E.I. Amapola para que administre, en caso de necesidad, medicamentos a mi hijo/a _____ durante su estancia en el centro (avisando previamente por teléfono a los padres o tutores legales). Asimismo en caso de urgencia médica autorizo al centro a llamar al Servicio de Emergencias y/o traslado al centro médico.

- SI
- NO

Fecha:

Firma:

