

Apellidos y nombre:
 Curso:.....Fecha de nacimiento:.....Edad:.....
 Dirección:..... E- mail:.....
 C.P:.....Localidad:.....
 Tels de contacto: padre/madre..... padre/madre..... otros.....
 Socio del Apa: SI NO

Información sanitaria del niño/a:

Alergias:.....Medicamentos:.....
 ¿Padece alguna discapacidad física o psíquica? ¿Cuál?.....
 Observaciones:.....

Autorización:

Yo.....
 como padre/madre/o tutor/a de
 con D.N.I..... autorizo a mi hijo/a a participar en las actividades
 extraescolares 23-24 según las condiciones establecidas. Igualmente hago extensiva esta
 autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que fuera necesario adoptar, en caso de
 extrema urgencia, bajo la pertinente dirección facultativa.

ACTIVIDAD	DIAS	HORARIO

Bendinat, a de.....de 20.....

Firma,

Domiciliación bancaria:

Banco o Caja:.....
 Dirección:.....
 C.P:.....Localidad:.....
 Número de cuenta corriente (deben rellenarse los 24 dígitos)

Nombre del titular:.....D.N.I.....

Sr.Director/a, le ruego que hasta nuevo aviso, abone a ASOCIACION
 ACTIVIDADES77 con cargo a mi c/c o libreta, las cuotas correspondientes a las
 actividades extraescolares del CEIP. Bendinat.

PAGO EN EFECTIVO

Fecha:.....

Firma del titular

Por el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, os informamos que el CEIP BENDINAT y ASOCIACION ACTIVIDADES77 garantiza la confidencialidad de todos los datos facilitados por nuestros usuarios. De acuerdo con la legislación vigente, todos los usuarios de los servicios tienen el derecho de acceso, rectificación. Cancelación y oposición de sus datos. Además, en cualquier momento, el usuario puede manifestar su deseo de NO recibir ningún tipo de publicidad.



AFA CEIP BENDINAT / ACTIVIDADES77
Inscripció a les activitats extraescolars
CEIP. BENDINAT. Curs 2023-2024



Llinatges i nom:
Curs:.....Data de naixament:.....Edat:.....
Adreça:.....E- mail:.....
C.P:.....Localitat:.....
Tels contacte: pare/mare.....pare/mare.....altres.....
Soci de l'A.P.A: SI NO

Informació sanitària de l'infant:

Al·lèrgies:.....Medicaments:.....
Pateix alguna discapacitat física o psíquica? Quina?.....
Observacions:.....

Autorització:

Jo.....
Com a pare/mare/ tutor/a de.....
amb D.N.I..... autoritzo al meu fill/a a participar de les activitats
extraescolars 23/24 segons les condicions establertes. Igualment faig extensiva aquesta
autorització a les decisions medico-quirúrgiques que siguin necessàries adoptar, en cas
d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

ACTIVITAT	DIES	HORARI

Bendinat, a de.....de 20.....

Signatura,
.....

Domiciliació bancària:

Banc o Caixa:.....
Direcció:.....
C.P:.....Localitat:.....
Nombre del compte corrent (s'han d'omplir els 24 dígits)

Nom del titular:.....D.N.I.....

Sr.Director/a, li prego que fins a nou avís, aboní a ASOCIACION ACTIVIDADES77 a càrrec de la meua c/c o llibreta, les quotes corresponents a les activitats extraescolars del CEIP BENDINAT.

PAGAMENT EN EFECTIU

Data:.....

Signatura del titular

Pel compliment de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, vos informem que el CEIP BENDINAT i ASOCIACION ACTIVIDADES77 garanteixen la confidencialitat de totes les dades facilitades pels nostres usuaris. D'acord amb la legislació vigent, tots els usuaris dels serveis tenen el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades. A més, en qualsevol moment, l'usuari pot manifestar el seu desig de NO rebre cap tipus de publicitat.