

FICHA DE INSCRIPCIÓN - UN VERANO VIGILANDO EL PLANETA - ALBAL 2022

GRUPO INFANTIL (3 – 5 años)
 GRUPO PRIMARIA (6– 11 años)

DATOS DEL PARTICIPANTE	Nombre completo del participante :				
	Edad :		Fecha de nacimiento :		
	Centro escolar :		Curso :	Grupo :	
	Domicilio :				
	Nº :	Escalera :	Puerta :		
	Código Postal :		Población :	Provincia:	
DATOS DE LOS PROGENITORES	Nombre progenitor 1:				
	DNI :		Correo electrónico:		
	Telf. de contacto :		Activo laboral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Nombre progenitor 2:				
	DNI :		Correo electrónico:		
Telf. de contacto :		Activo laboral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

HORARIOS	NOTA: Marca con una cruz lo que utilizará tu hijo/a.		Precio (€)
	Aula matinal de 7:30 a 9:30h (cerrará las puertas a las 8:45h)		Gratuita
	Comedor hasta las 15:00h (si hay un mínimo de 35 peticiones)		170€

FICHA MÉDICA	Nº SIP			
	¿Tiene algún tipo de alergia?			
	¿Sigues algún tratamiento médico?			
	¿Tiene algún tipo de Necesidad Educativa Especial?			
	Observaciones (realizar observaciones sobre este tema que se consideren oportunas)			
NOTA: Adjuntar cualquier informe médico que se considere oportuno.				

AUTORIZACIONES DE RECOGIDA	NOTA: ATENCIÓN , solo las personas indicadas podrán recoger a los participantes, imprescindible identificación con el D.N.I, incluido padres/madres/tutores.			
	Nombre completo		D.N.I	
	Nombre completo		D.N.I	
	Nombre completo		D.N.I	
	Nombre completo		D.N.I	
	<input type="checkbox"/> Mi hijo/a volverá solo/a a casa. (marcar con una X)			
D.N.I y firma:				

AUTORIZACIÓN	Don/Doña _____ conD.N.I _____ y, Don/Doña _____ conD.N.I _____ en calidad de (padre, madre tutor/a) autorizo a mi hijo/a _____ a: <i>(marcar las que correspondan)</i>		
	AUTORIZACIÓN MEDICA <input type="checkbox"/> Autorizo a las decisiones y acciones médicas necesarias, en caso de urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente.		
	AUTORIZACIÓN DERECHO DE IMAGEN <input type="checkbox"/> Autorizo al Ayuntamiento de Albal a realizar fotografías de mi hijo/a y a su posterior uso.		
	AUTORIZACIÓN INFORMACIÓN VIA WHATSAPP / TELEGRAM <input type="checkbox"/> Autorizo a utilizar mi número de teléfono móvil para recibir información vía WhatsApp / Telegram para cuestiones referentes a la actividad.		
	Firma 1er progenitor:		Firma 2º progenitor:

SE ADJUNTA:	<input type="checkbox"/> Sentencia judicial y /o convenio regulador o documento público donde conste custodia del menor. <input type="checkbox"/> Título que acredite la condición de familia monoparental. <input type="checkbox"/> Hoja de domiciliación para el comedor debidamente cumplimentada. <input type="checkbox"/> Documentos acreditativos de estar en situación de activo.		
DECLARACIÓN RESPONSABLE	DECLARACIÓN RESPONSABLE <p>Las personas solicitantes arriba mencionadas declaran expresamente que todos los datos señalados en esta solicitud son ciertos. Asimismo declaran conocer las bases reguladoras de esta actividad y las responsabilidades que de su incumplimiento pudiera derivarse.</p>		
	Fecha _____ Albal, _____ de _____ de 2022		
	Firma 1er progenitor:		Firma 2º progenitor:

Los datos no serán cedidos a terceros, salvo que sean comunicados a las entidades públicas y privadas, a las cuales sea necesario u obligatorio ceder éstos para poder gestionar el servicio, así como en los supuestos previstos, según Ley. Podrá ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación o, en su caso, Oposición, presentando un escrito acompañado de NIF en el Registro de Entrada de Ayuntamiento: Plaça del Jardí, 7, 46470 Albal, València o, en su caso, a nuestro Delegado de Protección de Datos dpo@albal.es si considera vulnerado su derecho podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Tiene disponible más información del tratamiento de sus datos en: http://www.albal.es/albal_val/administracion/rat/clausula.asp?id=3