

SERVICIO CONCILIACIÓN VIDA LABORAL Y FAMILIAR

“AULA DE MAÑANA Y TARDE”

Curso 2016-2017

**FICHA INSCRIPCIÓN**

**Datos personales del alumno/a**

Nombre y apellidos del niño/a:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Localidad:
Colegio al que pertenece:	Curso:

**Datos familiares**

Nombre padre/tutor:	D.N.I.:	Teléfono:
Nombre madre/tutora:	D.N.I.:	Teléfono:
Otros teléfonos de contacto:		

**Mes inicio servicio:**

**Horario que solicita** (indicar una opción):

	Sólo Mañanas		Mañana y tarde
	Sólo Tardes		Días sueltos

**AUTORIZACIONES**

➤ **RECOGIDA DEL ALUMNO/A:** (Personas autorizadas distintas del padre o la madre)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo/a a abandonar solo las instalaciones del Colegio a partir de las \_\_\_\_\_ horas.

➤ **URGENCIAS:**

Autorizo al personal de dicho Servicio a trasladar a mi hija/o a un Centro médico si es necesario.

➤ **SALUD**

Si padece alguna enfermedad, minusvalía o algún tipo de alergia; indíquelas: \_\_\_\_\_

➤ **OTRAS**

Presto mi consentimiento para que mi hija/o pueda ser fotografiado o filmado durante el desarrollo de este servicio en los términos que recogen la Ley 1/1982 de 5 de mayo sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Illescas, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

Firma madre/padre o tutor-a	Sus datos serán incorporados al fichero titularidad del Ayuntamiento de Illescas con la finalidad de proteger los datos con arreglo a la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el momento que estime oportuno.
-----------------------------	---

SERVICIO CONCILIACIÓN VIDA LABORAL Y FAMILIAR

“AULA DE MAÑANA Y TARDE”

Curso 2016 - 2017

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

**Datos personales**

Nombre madre/padre:		D.N.I.:	
Domicilio:			
Localidad:		C.P.:	Provincia:
Nombre del niño/a:		Centro Escolar:	

**Datos bancarios**

TITULAR DE LA CUENTA:															
NOMBRE ENTIDAD BANCARIA:															
IBAN		ENTIDAD				OFICINA				D.C.		CUENTA			
ES															

- Autorizo al Ayuntamiento de Illescas al cobro correspondiente a la cuota mensual por la prestación de dicho Servicio según viene reflejado en la Ordenanza Fiscal.

**Mes inicio del Servicio:** \_\_\_\_\_

En Illescas, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Firmado / Conforme