

SERVICIO CONCILIACIÓN VIDA LABORAL Y FAMILIAR

“AULA DE MAÑANA Y TARDE”

Curso 2017-2018

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):

<input type="checkbox"/>	Sólo Mañanas	<input type="checkbox"/>	Mañana y tarde
<input type="checkbox"/>	Sólo Tardes	<input type="checkbox"/>	Días sueltos

AUTORIZACIONES

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

Nombre y apellidos		D.N.I.	
Nombre y apellidos		D.N.I.	
Nombre y apellidos		D.N.I.	

Autorizo a mi hija/o a que abandone las instalaciones del Colegio sin acompañamiento de un adulto.

- **URGENCIAS:**

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

- **TOMA DE IMÁGENES:**

SI NO 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.

SALUD

- Si padece alguna enfermedad, discapacidad o algún tipo de alergia; indíquelas: _____

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 2017 - 2018

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