

FULL D'INSCRIPCIÓ COL·LE TARDA

DADES PERSONALS

NOM I COGNOMS DEL NEN/A:	
Nº DNI/ NIE:	SEXE:
DATA DE NAIXEMENT:	Nº TELÈFON:
ADREÇA /C.P. / POBLACIÓ/ PROVINCIA:	
NOM I COGNOMS DEL PARE/ MARE/ TUTOR:	Nº TEL.:
E-MAIL DEL PARE / MARE / TUTOR:	PERSONES AUTORIZADES A RECOLLIR EL NEN/A: (noms/cognoms i parentiu)
Pare/mare/tutor _____ amb DNI _____ autotitza a sortir sol/a el nen/a de l'escola Signatura pare/mare/tutor:	

FITXA DE SALUT DEL MENOR

Ha patit o pateix alguna malaltia crònica o algun tipus d'alteració física o psíquica? Si No Quina?.....
Té problemes d'oida? Si No Quin?..... Es fatiga fàcilment? Si No
Té alguna dificultat motriu? Si No Quina?..... Pren algun medicament? Si No Quin?.....
Pren alguna medicació? Si No Quina?..... Indicació d'horaris i quantitats (aportar justificant mèdic)
Pateix alguna al·lèrgia o intolerància alimentària? Si No Segueix algún règim alimentari? Si No Quin?.....
Altres observacions:.....

DADES BANCÀRIES

Ingresar l'import de 25€ nen/a i pel COL·LE TARDA en el següent número de compte: ES76 0081 5398 7500 0130 8334
--

EN CAS D'ANUL·LACIÓ O MODIFICACIÓ DE LES CONDICIONS INICIALS DEL CASAL CONTRACTAT, INDICAR UN Nº DE COMPTE ON REALITZAR LA DEVOLUCIÓ DE L'IMPORT SATISFET.

Nº de compte IBAN: _____
La devolució de l'import per la modificació de les condicions inicials del curs, si les noves condicions no son acceptades per part de la part contractant, es durà a terme mitjançant la reclamació per part del interessat i en el cas de menors d'edat per part del pare, mare o tutor, mitjançant un escrit a Fabra Formació S.C.P. al correu fabra@fabraformacio.com, indicant: el curs / taller contractat, data inici i final, centre, nom complet del alumne i DNI i en el cas de menors d'edat el nom i DNI/NIE del pare, mare o tutor i l'import del curs / taller / casal, per tal de fer efectiva la devolució de l'import satisfet. En cas de no rebre cap reclamació 5 dies hàbils abans de l'inici del curs / taller, es donaran per acceptades per part de la part contractant les noves condicions. En cas d'anul·lació la devolució de l'import serà satisfet per part de Fabra Formació en un termini de 15 dies a comptar des de la data d'inici del curs/taller/casal.

AUTORITZACIONS

En/Na, _____ amb N.I.F. _____ com a pare/mare o tutor legal del nen/a _____ autoritzo a que assisteixi al Col·le tarda, en els dies d'inscripció, amb la qual cosa autoritzo a: que participi en totes les activitats planificades, que es pugui traslladar en cotxe particular en cas d'urgència i/o en cas que sigui estrictament necessari per al bon funcionament del Casal, que l'organització pugui recórrer, davant de qualsevol símptoma de malaltia o accident, a l'assistència mèdica professional més propera, i que em comprometo a aportar una fotocòpia de la targeta sanitària. Número de targeta sanitària del nen/a: _____ Que pugui rebre els medicaments que li han estat prescrits facultativament i que hauran d'anar acompanyats de la recepta corresponent.

Segons l'establert en l'Art.18.1 de la Constitució Espanyola i regulat per la Llei Orgànica 1/1982 de 5 de Maig (BOE de 14/05/1982) sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge; i en virtut de l'establert a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal, es sol·licita per escrit el seu consentiment, amb la fi de poder realitzar al seu fill/a fotografies, per publicar-les, en les aules del centre, tauler d'anuncis i/o pàgina web de l'empresa, on apareixerien els seus fills de forma individual i/o col·lectiva, en les diferents activitats extraescolars o esdeveniments organitzats per Fabra Formació, S.C.P. Així, i segons l'establert a la Llei de Protecció de Dades, les imatges formaran part d'un fitxer de dades personals (ALUMNES) de responsabilitat de Fabra Formació, S.C.P., podent vostè, exercir els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació u oposició en qualsevol moment, dirigint-se per escrit a la següent adreça de correu: fabra@fabraformacio.com.

Marcar la casella en cas de que NO autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a les activitats contractades. En cas contrari es dona autorització. Aquesta autorització tindrà validesa, mentre vostè no manifesti el contrari.

Totes les dades facilitades per vostè mitjançant el formulari seran tractades amb estricta confidencialitat. En virtut de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (LOPD) i la Llei 34/2002 (LSSICE), l'informem que totes les dades que vostè ens facilita en aquest document seran incloses en un fitxer de dades personals de Fabra Formació, S.C.P. pel seu tractament amb la finalitat d'organització i gestió de les activitats extraescolars i per mantenir-lo informat de les novetats relacionades amb la companyia. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició dirigint-se per correu electrònic a fabra@fabraformacio.com.

DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR

Fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a.

A _____ a _____ de _____ de 20 _____

Signat: El Pare/ Mare/Tutor.

Nom complet:

--