

## AUTORIZACIÓN - INSCRIPCIÓN

Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D./D <sup>a</sup> .		NIF	
Dirección			
C.P.	Población	Provincia	
Tlf. Casa	Tlf. Móvil	E-mail	

### DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos		Nombre	
Sexo	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Fecha de Nacimiento	Edad en la actividad	CURSO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### DATOS FACULTATIVOS y NUTRICIONALES DEL PARTICIPANTE

Celiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Especificar alimentos:			
Alergias Alimentarias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Especificar alimentos:			
Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tipo de trastorno y observaciones:			
Necesidades Educativas Especiales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Especificar tipo y necesidades:			
Otros datos de interés			
Especifica por favor cualquier información que consideres que es importante que conozcamos para una mejor atención de tu hijo/a:			

**AUTORIZO A MI HIJO/A a PARTICIPAR en la ACTIVIDAD "DÍA SIN COLE", que la ASOCIACIÓN WE4KIDS organiza en las instalaciones del CEIP MIGUEL DE UNAMUNO, el 08/02/16 en el siguiente horario (marcar con una X los tramos de interés):**

<b>J. Completa</b>	9,00 - 16,00		16,00 - 16,30	
--------------------	--------------	--	---------------	--

<b>Ampliaciones</b>	7,30 - 8,00	
	8,00 - 8,30	
	8,30 - 9,00	
	16,30 - 17,00	
	17,00 - 17,30	

<b>Efectivo</b>	
<b>Ingreso</b>	

Nº Cuenta    181 0664 9200 0143 2051

<b>Segundo Hermano 10% Dto.</b>	
<b>Tercero y siguientes 20% Dto.</b>	

<b>J. Completa</b>		<b>18 €</b>
Jornada Ampliada		
<b>Media hora</b>		<b>19 €</b>
<b>1 HORA</b>		<b>20 €</b>
<b>1,5 HORAS</b>		<b>21 €</b>
<b>2 HORAS</b>		<b>22 €</b>
<b>2,5 HORAS</b>		<b>23 €</b>
<b>3 HORAS</b>		<b>24 €</b>

Del mismo modo autorizo a la Asociación We4kids a realizar fotografías a mi hijo durante la actividad  
 En caso contrario marcar con una X la siguiente casilla

Y para que así conste, firmo la presente en ..... a ..... de ..... de 2016

Fdo. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL



**ESPACIO RESERVADO PARA LA ORGANIZACIÓN**

<b>DOCUMENTACIÓN RECIBIDA</b>	
Autorización - Inscripción	
Resguardo de Pago	
Ficha Médica	
Fotocopia Tarjeta Sanitaria	
NEE	
Certificado/Informe NEE	



En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales, le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero titularidad de WE4KIDS, y serán tratados para la finalidad de gestión de clientes, cobros, facturación, mantenimiento y seguimiento de actividades. Del mismo modo, usted nos facilita datos de salud del participante en la actividad, y al hacerlo otorga su consentimiento expreso al tratamiento de este tipo de datos, por ser necesario para el correcto desenvolvimiento de la actividad. También autoriza a la cesión de datos a los gestores, coordinadores y monitores de la actividad, así como a la compañía de seguros, en el caso en que ocurra una incidencia cuyo riesgo esté cubierto. Con su firma autoriza a que el personal de WE4KIDS pueda recoger sus datos y tramitar su inscripción. Puede ejercer los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación, ante el responsable del fichero, acreditando su personalidad, escribiendo a [INFO@WE4KIDS.ES](mailto:INFO@WE4KIDS.ES)