



NO CUMPLIMENTAR
EXCMO. AYTO. DE CIUDAD REAL CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN
ENTRADA Nº _____
FECHA _____

VERANO MUNICIPAL 2018 - MATRÍCULA

Programas Municipales Educativos y de Ocio para la Colaboración con la Conciliación familiar, laboral y personal de la familia durante el Verano

DATOS DEL ALUMNO/A	
CURSO REALIZADO: _____	Nº HERMANOS MATRICULADOS/CURSO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO FIJO: _____ MÓVIL 1: _____ MÓVIL 2: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NOMBRE DEL PADRE: _____

COLEGIO EN EL QUE ESTUDIA: _____

PADECE ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD (SI/NO): _____ RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO/ALERGIAS (SI/NO): _____

LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA (SI/NO): _____

En caso afirmativo o de comunicación de otros datos de interés, comunicarlo documentalmente al formalizar la matrícula.

PLAZA PARA ALUMNO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ASOCIADAS A DISTINTAS DISCAPACIDADES (SI/NO): _____

VERANO 2018 QUE SOLICITA

FERROVIARIO _____ **DON QUIJOTE** _____

1ª Semana 02-06 de Julio. Precio 30€ _____

2ª Semana 09-13 de Julio. Precio 30€ _____

3ª Semana 16-20 de Julio. Precio 30€ _____

4ª Semana 23-27 de Julio. Precio 30€ _____

5ª Semana 30-03 de Agosto. Precio 30€ _____

6ª Semana 06-10 de Agosto. Precio 30€ _____

EXTENSIÓN EDUCATIVA (REFUERZO ESCOLAR)
Juan Alcaide _____

1ª Semana 02-06 de Julio. Precio 30€ _____

2ª Semana 09-13 de Julio. Precio 30€ _____

3ª Semana 16-20 de Julio. Precio 30€ _____

4ª Semana 23-27 de Julio. Precio 30€ _____

5ª Semana 30-03 de Agosto. Precio 30€ _____

6ª Semana 06-10 de Agosto. Precio 30€ _____

VERANO 2018 QUE SOLICITA (media jornada)

MIGUEL DE CERVANTES _____	PÍO XII _____	CRISTÓBAL COLÓN _____	
FECHA	DIAS (4 € día) (Rodee los días que solicita)	HORARIO	€
1ª Semana 02 -06 de Julio	02 03 04 05 06	11:00-14:00	
2ª Semana 09-13 de Julio	09 10 11 12 13	11:00-14:00	
3ª Semana 16-20 de Julio	16 17 18 19 20	11:00-14:00	
4ª Semana 23-27 de Julio	23 24 25 26 27	11:00-14:00	
5ª Semana 30-03 de Agosto	30 31 01 02 03	11:00-14:00	
6ª Semana 06-10 de Agosto	06 07 08 09 10	11:00-14:00	

TOTAL A PAGAR			€
¿ESTARÍA INTERESADO/A EN SERVICIO COMEDOR DURANTE EL VERANO?	SI		NO
¿AULA MATINAL?	SI		NO

DOCUMENTACIÓN GENERAL A ENTREGAR

FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL ALUMNO/A

RECIBO DEL PAGO

EN CASO DE URGENCIA

Durante el transcurso de la actividad, avisar a: _____
 Parentesco: _____ Domicilio: _____
 Teléfonos de contacto: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE NIÑOS/AS

Don/ña _____ con DNI _____,

AUTORIZO a la siguiente persona a recoger a mi hijo/a:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Autorizo a mi hijo/a para que regrese solo a casa (SI/NO): _____

Personas **NO AUTORIZADAS**:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:

D/Dña _____ con DNI _____, como Padre/Madre o Tutor del Alumno/a _____, AUTORIZO a la CONCEJALIA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDAD del EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO de Ciudad Real a un **uso pedagógico** durante el desarrollo de la actividad de verano 2018 de:

FOTOGRAFÍA y VIDEO (SI/NO): _____

SALIDAS O EXCURSIONES (SI/NO): _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:

AUTORIZO a la Concejalía de Educación y Universidad del Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Real para que mi hijo/a sea fotografiado o grabado para su publicación en los MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

SI _____ NO _____

FIRMA : PADRE/MADRE/TUTOR/A

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se informa que los datos de carácter personal facilitados en este documento de matrícula, se incluirán en un fichero, inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar las actividades educativas del **EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CIUDAD REAL**, teniendo previsto cederlos a la posible empresa (cuyo nombre y datos de contacto se pueden facilitar en esta Concejalía) que desarrolle las actividades educativas en las que participe la persona matriculada. El alumno o, en caso de ser menor de 14 años, su padre, madre o tutor, con la firma de este documento, consiente expresamente el tratamiento y la cesión de sus datos relativos a la salud.

Ud. tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificarlos o, en su caso, cancelarlos, dirigiéndose al **Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Real** como responsable del fichero, con domicilio en Plaza Mayor 1, 13001, Ciudad Real.

Ciudad Real, a _____ de _____ de 2018
 Firma del padre

Firma madre

D.N.I.: _____

D.N.I.: _____

(Es imprescindible la firma de ambos)