



AYUNTAMIENTO DE CIUDAD REAL

NO CUMPLIMENTAR

EXCMO. AYTO. DE CIUDAD REAL
CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN

ENTRADA Nº _____

FECHA _____

ESCUELA DE NAVIDAD 2014 "EL CIRCO DE LAS MARIPOSAS"

Programa Municipal Educativo y de Ocio para la Colaboración con la Conciliación familiar, laboral y personal de la familia durante las Navidades

DATOS DEL ALUMNO/A

CURSO: _____

Nº HERMANOS MATRICULADOS/CURSO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

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

NOMBRES 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.

ACTIVIDAD SOLICITADA (rellenar con una "X" la actividad en el espacio indicado)

REDUCCIÓN DE CUOTA

ALUMNOS INSCRITOS EN ALGUNA DE LAS ESCUELA MUNICIPALES

PADRE/MADRE O TUTOR DE ALGUNA ESCUELA MUNICIPAL CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR

DIA 22 DE DICIEMBRE

DIA 23 DE DICIEMBRE

DIA 26 DE DICIEMBRE

DIA 29 DE DICIEMBRE

DIA 30 DE DICIEMBRE

DIA 2 DE ENERO

DIA 5 DE ENERO

DIA 7 DE ENERO

TOTAL A PAGAR:

ESTARÍA INTERESADO/A EN SERVICIO COMEDOR

SI

NO

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 2014

Firma del padre

D.N.I.: _____

Firma madre

D.N.I.: _____

(Es imprescindible la firma de ambos)

DOCUMENTACIÓN GENERAL A ENTREGAR

FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL ALUMNO/A

EN CASO DE URGENCIA

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

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE NIÑOS/AS

Personas **SI AUTORIZADAS:**

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:

AUTORIZO/NO AUTORIZO a la CONCEJALIA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDAD del EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO de Ciudad Real a un uso pedagógico durante el desarrollo de la Escuela de Navidad:

FOTOGRAFÍA y VIDEO (SI/NO): _____
SALIDAS O EXCURSIONES (SI/NO): _____

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE:

AUTORIZO/NO AUTORIZO a la CONCEJALIA DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDAD del EXCELENTÍSIMO AYUNTAMIENTO de Ciudad Real que mi hijo/a sea fotografiado o grabado para su publicación en medios de comunicación.

AUTORIZO (SI/NO): _____

Ciudad Real, a _____ de _____ de 2014

Firma del padre
D.N.I.: _____

Firma madre
D.N.I.: _____

(Es imprescindible la firma de ambos)