

FICHA INSCRIPCIÓN COMEDOR ESCOLAR CURSO 20____/____
■ DATOS DEL ALUMNO/A

| APELLIDOS Y NOMBRE | | EDAD | CURSO | Nº DE SOLICITUD (a cubrir por el centro) |
|--------------------|--|------|---------------|---|
| | | | | |
| FECHA DE ALTA | | | FECHA DE BAJA | (a cubrir por el centro) |
| | | | | |

SOLICITUD DE ASISTENCIA

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SEPTIEMBRE | <input type="checkbox"/> ENERO | <input type="checkbox"/> ABRIL | <input type="checkbox"/> LUNES |
| <input type="checkbox"/> OCTUBRE | <input type="checkbox"/> FEBRERO | <input type="checkbox"/> MAYO | <input type="checkbox"/> MARTES |
| <input type="checkbox"/> NOVIEMBRE | <input type="checkbox"/> MARZO | <input type="checkbox"/> JUNIO | <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES |
| <input type="checkbox"/> DICIEMBRE | | | <input type="checkbox"/> JUEVES |
| | | | <input type="checkbox"/> VIERNES |

| PADECE ALGUNA ALERGÍA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON | En caso de padecer alguna alergia alimentaria será obligatorio incluir a este documento, una copia del informe médico original |
|-----------------------|--|--|
| | | |

OBSERVACIONES: DESCRIPCIÓN DE LA ALERGÍA

| |
|--|
| |
|--|

■ DATOS DEL PADRE/MADRE, TUTOR/A

| | | | |
|--------------------|--|---------|--|
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | |
| DIRECCIÓN | | | |
| DNI | | | |
| TELEFONO | | E- mail | |

■ OTRA INFORMACIÓN

| PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL ALUMNO/A | |
|--|--------|
| NOMBRE Y APELLIDOS | D.N.I. |
| | |
| | |
| | |

| ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DÍAS |
|----------------------------|---|------|
| | | |

ABONO DEL SERVICIO

| | |
|------------------|------------------------|
| MODALIDAD | DOMICILIACIÓN BANCARIA |
|------------------|------------------------|

ORDEN DE DOMICILIACIÓN

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, usted autoriza al acreedor FUNDACIÓN EDUCERE – CPR VIRXE MILAGROSA, a enviar a órdenes a su entidad financiera para adeudar los importes correspondiente en su cuenta de acuerdo con las órdenes de FUNDACIÓN EDUCERE – CPR VIRXE MILAGROSA – SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en su cuenta, Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

DATOS DEL DEUDOR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------|--|-----------------|----------------------|-------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS (TITULAR) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DNI | | | | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD | | | | | PAÍS | ESPAÑA | | | | | | | | | | | |
| Nº DE CUENTA- IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | | ENTIDADE | | SUCURSAL | | D.C. | | NÚMERO DE CONTA | | | | | | | | | |
| E | S | | | | | | | | | | | | | | | | |

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es FUNDACIÓN EDUCERE: COLEXIO VIRXE MILAGROSA. Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar la participación y prestación del servicio “COMEDOR ESCOLAR” que figura en este formulario. La legitimación del tratamiento de sus datos deriva de la ejecución de un contrato de prestación de servicios, del consentimiento explícito del interesado.

Para las siguientes comunicaciones de datos, solicitamos su consentimiento explícito marcando la casilla correspondiente:
 Publicación de la imagen del alumno u otras informaciones referidas a este, y relacionadas con las actividades realizadas en los siguientes canales: SI [] NO [] Redes sociales SI [] NO [] Página web de la entidad.

Sus derechos de acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos que tiene reconocidos, puede ejercitarlos en la dirección cpr.virgen.milagrosa.bueu@edu.xunta.es. Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Protección de Datos en la Política de Privacidad disponible en nuestra página web: www.colexiovirxemilagrosa.es

TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER CUBIERTOS OBLIGATORIAMENTE

FECHA Y FIRMA:

En....., a..... de..... de 20.....

