

**FICHA INSCRICIÓN ACTIVIDADES**

|  |
| --- |
| **DATOS DA NAI/PAI/TITOR** |
| **NOME E APELIDOS:**  |
| **TELÉFONO 1:** | **TELÉFONO 2:** |
| **No caso de non asistir a comedor poñer o enderezo electrónico e adxuntar o xustificante de pago da cota de socio (25€ unidade familiar+ 5€ por usuari@):**  |
| **Dou o meu consentimiento expreso para que os datos do alumno/a e os meus datos sexan tratados pola entidade para a finalidade indicada na clausula de LOPD do pé da páxina** |
| Autorizo a que o alumno/a forme parte dos rexistros fotográfico e/ou audiovisuais realizados durante a súa participación nas actividades organizadas pola ANPA VALENTIN PAZ ANDRADE, así como a súa posible exhibición en diferentes medios audiovisuais. | **Si** |  |
| **Non** |  |

|  |
| --- |
| **ALUMNO/A**  |
| **CURSO**  | **DATA DE NACEMENTO:** |
| ACT.1 |  | GRUPO:  |
| ACT.2 |  | GRUPO: |
| ACT.3 |  | GRUPO: |
| ACT.<4 |  | GRUPO: |
| **¿Ten o neno ou nena algunha alerxia ou intolerancia alimentaria?** |

|  |
| --- |
| **ALUMNO/A**  |
| **CURSO**  | **DATA DE NACEMENTO:** |
| ACT.1 |  | GRUPO:  |
| ACT.2 |  | GRUPO: |
| ACT.3 |  | GRUPO: |
| ACT.<4 |  | GRUPO: |
| **¿Ten o neno ou nena algunha alerxía ou intolerancia alimentaria?** |

|  |
| --- |
| **ALUMNO/A** |
| **CURSO** | **DATA DE NACEMENTO:** |
| ACT.1 |  | GRUPO: |
| ACT.2 |  | GRUPO: |
| ACT.3 |  | GRUPO: |
| ACT.<4 |  | GRUPO: |
| **¿Ten o neno ou nena algunha alerxía ou intolerancia alimentaria?** |

En cumprimento da normativa vixente sobre protección de datos de carácter persoal, informámosche que os teus datos formarán parte do ficheiro de socios propiedade da ANPA “Valentin Paz Andrade”. En calquera momento poderás consultalos, rectificalos ou cancelalos dirixíndote a: *ANPA “Valentin Paz Andrade” CEIP Plurilingüe Seis do Nadal, Rúa Mondariz, s/n. Tfno.:* *687 057 707* *anpaseisdonadal@hotmail.com**.*

Asino dando conformidade o anterior mentado e a aceptación das normas das actividades extraescolares

**Sinatura**: