



CLAUSULA INFORMATIVA PARA EL USO DE LA IMAGEN

La ley del menor nos obliga a solicitar su consentimiento para poder publicar aquellas fotografías y filmaciones que tomamos en las actividades escolares, estas imágenes nos sirven de material gráfico de soporte para la página web y otras publicaciones que solemos realizar a lo largo del curso y que posteriormente podrán ser utilizadas en las entrevistas con los diferentes padres interesados para dar a conocer el trabajo que nuestro centro realiza con sus alumnos/as"

En todos los casos, nos es necesario su consentimiento, para poder incluir la imagen de sus hijos/as. En cualquier momento, y también por escrito, pueden revocar su permiso ante la dirección del centro.

D. /Dña. _____ con D.N.I./Otros _____

AUTORIZA A:

Que la imagen o datos de carácter identificativo del alumno/a:

Puedan aparecer en las fotografías correspondientes a actividades escolares, lectivas, complementarias y extraescolares organizadas por el centro docente, y publicadas en:

La página Web del centro: www.ceidudua.net

Las filmaciones en DVD en el desarrollo de actividades educativas y psicopedagógicas.

En revistas, dietarios o publicaciones de ámbito educativo.

NO AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE LA IMAGEN:

En caso de marcar esta casilla se entenderá que usted no autoriza al Centro a su uso y se procederá a ocultar el rostro de sus hijos/as en las fotografías publicadas.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR IMPRESCINDIBLE:

FOTOCOPIA COMPLETA LIBRO FAMILIA -TARJETA SIP DEL/LA MENOR – DNI PROGENITORES O TUTOR

ESTA HOJA ES PARA ENTREGAR AL CENTRO

FOTO



SOLICITUD PLAZA CURSO ESCOLAR 2018-2019 - 1º CICLO EDUCACIÓN INFANTIL

D. / D^a: _____

Solicita plaza para el aula de: ____ 0-1 año / ____ 1-2 años / ____ 2-3 años, para el/la menor
0-1 año nacidos en 2018 – 1-2 años nacidos en 2017 - 2-3 años nacidos en 2016

NOMBRE Y APELLIDOS SOLICITANTE

D/D^a _____ DNI _____ TELEFONO _____

DIRECCIÓN _____ CP _____ POBLACIÓN _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DEL MENOR MATRICULADO: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ SIP _____ (incluye los 2 dígitos primeros)

Teléfonos y mail de contacto:

P1: Nombre _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ CP: _____ de _____

P2: Nombre _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ CP: _____ de _____

Otros teléfonos:

Móvil: _____

Móvil: _____

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE_

Adjuntar Fotocopia hoja nº cuenta bancaria

Titular _____

D.N.I./Pasaporte. _____

Pago recurrente _____

Número de cuenta- IBAN _____ Día de cobro: _____ (días 1-5-10 -15 de cada mes)

Firmado:

INFORMACIÓN SOBRE LA LEY PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos personales suministrados en la Entrevista Inicial serán incluidos en un fichero titularidad del SACRAMENTO TORMO VILLARROYA a fin de llevar a cabo la orientación psicopedagógica y educativa de los alumnos del centro.

Para el cumplimiento de estos fines los datos relativos al alumno, en concreto, los datos de salud, serán recabados y tratados por cuenta del centro a través de las encuestas periódicas realizadas por un Gabinete Psicopedagógico Externo, servicio que comporta una filmación en DVD y la elaboración de un informe final que será facilitado a los padres y tutores del alumno para conocer de los resultados psicopedagógicos.

Mediante la presente Ud. consiente que los datos y documentación adjunta sean tratados en cumplimiento de las finalidades anteriormente detalladas y de acuerdo con las previsiones de la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y con las medidas de seguridad necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad de la información.

Queda terminantemente prohibido la comunicación de los datos objeto de tratamiento, a terceras personas, salvo las legalmente establecidas o las necesarias para el cumplimiento de las finalidades de la relación contractual.

Conforme a lo dispuesto en la citada ley, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de una fotocopia de su D.N.I. dirigida a la Secretaría del Centro:

SACRAMENTO TORMO VILLARROYA
C/ Maestro Valls, 36 – 38 bajos
46022 VALENCIA



FICHA INSCRIPCIÓN CURSO ESCOLAR 2018-2019 DEL MENOR MATRICULADO

C
U
R
S
O

E
S
C
O
L
A
R

2
0
1
8

/
2
0
1
9

FOTO

Nombre y apellidos: _____

Fecha nacimiento Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Nº SIP: _____ (número completo incluye los 2 dígitos primeros)

Vivo en la calle:

CP: _____ de _____

Teléfonos y mail de contacto:

Nombre _____ Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

CP: _____ de _____

Nombre _____ Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

CP: _____ de _____

Otros teléfonos:

_____ Móvil: _____

_____ Móvil: _____

HORA ENTRADAS y SALIDAS

Horario normal entrada mañanas: 9:00 a 9:30h

Horario normal salida mañanas: 12:00h

Horario normal entrada tardes: 15:00 a 15:30h

Horario normal salida tardes: 17:00h

Horario entrada especial mañanas:

__ Solicito entrada desde las 7:00 de la mañana

__ Solicito entrada desde las 7:30 de la mañana

__ Solicito entrada desde las 8:00 de la mañana

__ Solicito entrada desde las 8:30 de la mañana

Horario especial salida por las tardes:

__ Solicito horario salida por la tarde a las 17:30h

__ Solicito horario salida por la tarde a las 18:30h

Señalar con una X

___ **ME QUEDO A COMER**

NOTA: La asistencia es de mañana y tarde para todos los alumn@s

Observaciones:

Enfermedades a tener en cuenta:

Alergias a:

Intervenciones quirúrgicas:

Acontecimientos significativos:

Algo mas que considere debamos saber: