



**DÍAS DE VERANO EN NUESTRO COLE
SEPTIEMBRE 2024
EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA
COLEGIO SAGRADA FAMILIA**

DATOS DEL ALUMNO:

NOMBRE	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>
APELLIDOS	<input type="text"/>	CURSO	<input type="text"/>
DOMICILIO	<input type="text"/>	SERVICIOS	DÍAS DE VERANO <input type="checkbox"/>
TELÉFONOS	<input type="text"/>		COMEDOR <input type="checkbox"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		ACOGIDA COMPLEMENTARIA <input type="checkbox"/>

DATOS BANCARIOS PARA DOMICILIACIÓN DE RECIBOS:

TITULAR DE LA CUENTA	<input type="text"/>	Nº TOTAL HERMANOS INSCRITOS EN LA MISMA ACTIVIDAD	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>	FIRMA Y FECHA	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text" value="ES"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

USO DE IMÁGENES:

Autorizo la toma y utilización de imágenes de mi hijo/a durante las actividades del programa, con fines exclusivamente educativos e informativos, y que podrán ser publicadas en la web de la empresa organizadora.

Firmado:

RECEPCIÓN DE E-MAILS Y SMS:

Autorizo el envío de e-mails y SMS de carácter informativo sobre la actividad en las direcciones de correo y teléfonos móviles antes indicados.

Firmado:

El firmante tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos. Los dos primeros apartados son de obligada aceptación para la inscripción en las actividades.

FICHA MÉDICA:

TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A:

ALIMENTOS: _____ ¿CUÁLES?: _____

MEDICAMENTOS: _____ ¿CUÁLES?: _____

FLORES: _____ ¿CUÁLES?: _____

PICADURAS DE INSECTOS: _____ ¿CUÁLES?: _____

POLEN: _____ POLVO: _____

OTRAS ALERGIAS: _____

ES PROPENSO A: (Indicar SI o NO)

ANGINAS: _____ FIEBRE: _____

DOLORES DE CABEZA: _____ OTROS: _____

ENFERMEDADES O DOLENCIAS:

¿CUÁLES?: _____

OBSERVACIONES:

FORMA Y CONDICIONES DE PAGO:

- El pago de la actividad se realizará mediante domiciliación bancaria
- Las bajas que se produzcan deberán comunicarse, como máximo, 10 días antes del inicio del programa. Si la baja se formaliza más tarde, se pasará igualmente al cobro el recibo
- Dichas bajas se deberán comunicar en los siguientes teléfonos y direcciones de contacto:

IC IDIOMAS

Coordinadora: Tara Márquez

Teléfono IC IDIOMAS: 91 063 84 26

ic.coordinacion1@idiomasic.com

- En caso de devolución del recibo domiciliado, tengan en cuenta que deberán abonar los gastos de comisiones por devolución (5,00€)

CONDICIONES ESPECÍFICAS

1. Todas las actividades requieren de un grupo mínimo de 12 alumnos inscritos. En caso de no alcanzarse este mínimo, la academia se reserva el derecho de anular la actividad.
2. Les recordamos que los teléfonos facilitados en esta solicitud serán los de contacto.
3. Estamos a su disposición en horario de 9:00 a 17:00h en el teléfono 91 063 84 26 de nuestra academia, donde les solucionaremos cualquier incidencia o duda relacionada con los pagos, actividades, profesores, etc.