



AMPA CEIP LA INMACULADA

NÚMERO DE FAMILIA ASOCIADA (a rellenar por la Asociación)	
FECHA	

Marque con una "X" lo que considere:

DATOS COMPLEMENTARIOS	SÍ	NO
Aula Matinal		
Comedor		
Actividades Extraescolares		
Transporte Escolar		
Servicio atención infantil en el aula (3 años)		
Autorizo a realizar fotos a mi hijo/a para su publicación en la web de la asociación		
Alergias alimentarias		

Otros:

Firma:

Firmado por: _____

DATOS ALUMNOS/AS*

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	AÑO DE NACIMIENTO
1		
2		
3		
4		
5		

DATOS DE LA MADRE O TUTOR LEGAL 1

Nombre *	
DNI*	
Teléfono*	
Correo electrónico*	

DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL 2

Nombre*	
DNI*	
Teléfono*	
Correo electrónico*	

Nº de IBAN para el cobro de la cuota de la asociación*:

ES						
----	--	--	--	--	--	--

(*)Datos necesarios de ser cumplimentados

*Marque con una "X":

PAGO MENSUAL	
PAGO ANUAL	

En virtud de lo dispuesto en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que mediante la cumplimentación del presente formulario sus datos personales quedarán incorporados a los ficheros de la titularidad de LA AMPA La Inmaculada. Éstos serán utilizados sólo para las gestiones relacionadas con la actividad propia de la AMPA del Colegio La Inmaculada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos que recoge dicha ley, en la avenida Augusta Julia s/n 11011 Cádiz.