|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alumno/a** | | | |
| **Tardes de Junio y Septiembre** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nombre y Apellidos** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Curso** | |  | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento** | | | | | |  | | | | |
| **Opción en la que se inscribe (MARCAR CON UNA X)** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Tardes de Junio** | | | | | | | | **Tardes de Septiembre** | | | | | | | | **Tardes de Junio y Septiembre** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Email** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono 1** | | |  | | | | | | | | | **Teléfono 2** | | |  | | | | | | |
| **¿Socio/a del AMPA?** | | | | | **SI** | |  | | **NO** |  | | | **¿Hermanos/as inscritos?** | | | | | **SI** |  | **NO** |  |



**Información**

**Los/as participantes deberán ser autorizados por su padre/madre/tutor/a a salir solos/as de las Tardes de Junio y Septiembre, rellenando dicho apartado en la Ficha de Inscripción adjunta. Aquellos/as menores que deban ser recogidos por alguna persona, sólo podrán salir del centro cuando la persona encargada de hacerlo presente el correspondiente Carnet de Recogida.**

**Recogida**

1. Para participar de las **Tardes de Junio y Septiembre** se tendrá que rellenar correctamente la hoja de inscripción adjunta, **una por participante**.

2. **auca, projectes educatius** (de ahora en adelante, **auca**) podrá vetar la participación en la actividad al participante que crea oportuno, cuando concurran circunstancias que así lo justifican.

3. Los daños ocasionados por los/as participantes voluntariamente en las instalaciones o a terceros, tendrán que ser abonados por los/as padres/madres/tutores/as, pudiendo además, ser expulsados de la **Tardes de Junio y Septiembre**.

4. Los/las participantes tendrán que cumplir la *Normativa de Régimen Interno del Centro* así como la *Normativa de la* **Tardes de Junio y Septiembre** de **auca**.

5. Firmando la inscripción adjunta acepta expresamente la comunicación a través de la dirección de correo electrónico facilitada de toda aquella información relacionada con la **Tardes de Junio y Septiembre**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Padre, Madre, Tutor/a** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre y Apellidos** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vínculo con el/la alumno/a** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DNI** | | |  | | | | | | | | | **Titular Cuenta** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Entidad** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Código IBAN** | | | | | | **Entidad** | | | | | **Oficina** | | | **CC** | | **Cuenta** | | | | | | | | | | | | | |
| **E** | **S** |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |



Síguenos

Email

extraescolar.valencia@auca.es

Valencia

962 058 696

www.auca.es



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información Médica del/de la participante** | | |
| **Nº SIP** |  | | | | | | |
| **¿Es alérgico a algún medicamento?** | | | | **SI** |  | **NO** |  |
| **¿Cuál?** | |  | | | | | |
| **¿Tiene algún tipo de minusvalía?** | | | | **SI** |  | **NO** |  |
| **¿Cuál?** | |  | | | | | |
| **¿Está tomando algún medicamento que tenga que administrarse durante el horario de las Tardes de Junio y Septiembre?** *En caso afirmativo, será el padre/madre/tutor/a quien le administre esta medicación* | | | | **SI** |  | **NO** |  |
| **¿Cuál?** | |  | | | | | |

Localidad, fecha y firma:

***AUTORIZO***a mi hijo/a a participar en las actividades realizadas en las Tardes de Junio y Septiembre, organizadas por Auca, Projectes Educatius. Así mismo, doy mi consentimiento para que los datos facilitados en la inscripción se incorporan a un fichero informatizado a efectos de gestión de la mencionada actividad, conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

***AUTORIZO*** a que mi hijo/a sea fotografiado/a o grabado/a durante las actividades realizadas en el marco de la citada actividad y para uso exclusivo de la misma.

***AUTORIZO*** a llevar a mi hijo/a al centro de salud en caso de accidente.

SI

NO

**AUTORIZO**a mi hijo/a a participar en las **Tardes de Junio y Septiembre**, organizadas por **auca projectes educatius S.L.**y el AMPA del centro, según la cumplir la Normativa de Régimen Interno del Centro así como la Normativa de Actividades Extraescolares de **auca projectes educatius S.L.**

**AUTORIZO**  mediante la firma de esta orden de domiciliación: (A) a **auca projectes educatius S.L.** a enviar instrucciones a mi entidad para adeudar mi cuenta y (B) a mi entidad para efectuar los adeudos en mi cuenta siguiendo las instrucciones de **auca projectes educatius S.L.**

**AUTORIZO** a que los datos personales facilitados en la inscripción se incorporen en un fichero informatizado, propiedad de **auca projectes educatius S.L.** con fines publicitarios, conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**AUTORIZO** a que mi hijo/a salga solo/a del Centro al finalizar la actividad de **Tardes de Junio y Septiembre**.

**AUTORIZO** que mi hijo/a o tutorado/a sea grabado/a y/o fotografiado/a en la realización de las actividades y al uso de estas imágenes con fines promocionales de los proyectos educativos de **auca projectes educatius S.L..**, siempre respetando los derechos del menor.

***LA INSCRIPCIÓN EN LAS ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES DE* auca projectes educatius S.L.**

***IMPLICA LA ACEPTACIÓN DE LA NORMATIVA DE LA MISMA (*www.auca.es*)***

¿Es alèrgico/a a algún medicament o aliment? *Indica cual/es.*

SI

NO

¿Tiene algún tipo de minusvalía? *Indique cual.*

¿Está tomando algún medicamento que tenga que administrarse durante el horario de las Tardes de Junio y Septiembre? *En caso afirmativo, será el padre/madre/tutor/a quien le administre esta medicación*

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |

Localidad, fecha y firma:

auca, projectes educatius, S.L.

C/ Pintor Vila Prades, 13 bajo drcha. 46008 Valencia

Tel. 962058696 Fax: 962058692