SENSACIONS

INSCRIPCIONS EXTRAESCOLARS

MODALITAT:

DIA DE L'ACTIVITAT:

DADES NEN/A:

Nom: _____ Cognom: _____

Direcció: _____

Població: _____ C.P.: _____

Data de neixament: _____ Curs: _____

Escola _____

Persona de contacte en cas d'emergència: _____

_____ Telèfon: _____

E-mail: _____

DADES BANCÀRIES:

Nom Titular: _____ Cognom: _____

DNI: _____

Nº Compte + IBAN:

_____

QUOTA A PAGAR:

1 DIA 25€ MESUALS ☐ **2 DIES 45€ MENSUALS** ☐

Signatura:

FULL AUTORITZACIÓ DRETS DE IMATGE

Jo, _____amb domicili

_____ Codi Postal_____

Població _____ DNI_____

Data Naixement ___/___/____

Telèfon1_____ Telèfon2_____

Com a:

Pare ☐ Mare ☐ Tutor/a ☐

De, nen/a _____, amb DNI _____

☐ DONO

☐ NO DONO

El meu consentiment per a lús de la imatge (Llei 1/1982, de 5 de maig) del meu fill/a, tutelat/ada, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge per a ser difosa en pàgines web de SENSACIONS, facebook, filmacions destinades a difusió pública, i fotografies per a revistes o publicacions de SENSACIONS.

A _____, dia _____ de_____ de 2016

Signatura,

Sensacions, garanteix que totes les dades personalscontingudes en aquest full serán utilitzades amb la finalitat, amb la forma i amb les limitacions i els drets que coneix la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Aquestes dades s'incorporaran al fitxer informatitzat de SENSACIONS. Garantim que les dades són confidencials i d'ús exclusiu de Sensacions i entitats i fundacions filials. Per tal de modificar o cancel·lar les dades dirigiu-vos a Sensacions: Riera de Targa 47, 08339 Vilassar de Dalt (sensacions@sensacions.cat) 931804899

SENSACIONS

AUTORITZACIÓ RECOLLIDA ESCOLAR

JO_____ AMB DNI _____
AUTORITZO A L'EMPRESA SENSACIONS A RECOLLIR EL MEU FILL/A
_____ EL DIA _____
DURANT TOT EL CURS ESCOLAR PER ANAR A REALITZAR L'EXTRA-ESCOLAR D'ATLETISME.

MÓLTES GRÀCIES!

SIGNATURA: PARE/MARE/TUROR