



**MATRICULA  
LUDOTECA-TALLERES URBANOS VERANO '24**

**DATOS PERSONALES:**

Nombre:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Apellidos:	<input type="text"/>		
Colegio:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		
Curso:	<input type="text"/>	Infantil:	<input type="text"/>
		Primaria:	<input type="text"/>
Población:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>
Teléfono e	<input type="text"/>	as:	<input type="text"/>
		E-mail:	<input type="text"/>

**DATOS DEL REPRESENTANTE (PADRE/MADRE/TUTOR)**

Nombre y Apellidos:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		
Población:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Teléfonos:	<input type="text"/>

Autorizo al menor a asistir a la ludoteca-talleres organizado por el Ayuntamiento de Barbastro, las semanas indicadas en la preinscripción:

Autorizo a que las siguientes personas puedan recogerlo:

**NOMBRE Y APELLIDOS :**

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**DNI:**

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Por último autorizo al equipo responsable de la ludoteca-taller para poder registrar imágenes fotográficas o audiovisuales a mi hijo/a en el marco de las actividades propias de la actividad, mientras el material se utilice únicamente para la difusión de las misma. Como responsable legal del menos me reservo el derecho de ver todos los materiales en los que aparezca y a oponerme a su difusión y publicación a a pedir su restitución y su destrucción.

Firma madre, padre o tutor legal

----------------------

**DATOS SANITARIOS:**

<b>IMPORTANTE: La omisión de datos de este apartado será causa de NO ADMISIÓN o ANULACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN</b>	
Tipo de asistencia sanitaria (Seguridad Social, MUFACE, etc.):	<input type="text"/>
¿Está al corriente del calendario de vacunaciones?	<input type="text"/>
¿Es alérgico?:	<input type="text"/>
¿Tiene alguna necesidad educativa especial?	<input type="text"/>
En caso afirmativo, indíquela	<input type="text"/>
¿Padece algún tipo de enfermedad o discapacidad?	<input type="text"/>
En caso afirmativo, indíquela	<input type="text"/>
Indique si existe algún tipo de restricción alimentaria o dieta especial:	

Indique otras situaciones de salud que sea necesario que conozcan los responsables del campamento:

**AUTOLIQUIDACIÓN:**

SEMANAS	PRECIO HORARIO COMPLEMENTARIO	PRECIO:	PRECIO HORARIO COMPLEMENTARIO	IMPORTE
	8:00-9:00: 1 € / HORA	40 € / SEMANA	14:00-15:00: 1 € / H	
Semana del 8 al 12 de julio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 15 al 19 de julio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 22 al 26 de julio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 29 de julio al 2 de agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 5 al 9 de agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 12 al 16 de agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 19 al 23 de agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Semana del 26 al 30 de agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL</b>				<input type="text"/>

**ADJUNTAR JUSTIFICANTE DEL INGRESO DE LA TASA CORRESPONDIENTE EN EL N.º DE CTA: ES27-2085-21-54330300232028**

Sus datos personales serán usados para registrar y atender su solicitud, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Comunicaremos sus datos a terceras entidades cuando ello sea necesario para tramitar su solicitud o cuando una norma con rango de ley así lo exija, si bien no está prevista la cesión de su información fuera del Espacio Económico Europeo. Conservaremos sus datos mientras nos obliguen las leyes aplicables. Puede ejercitar sus derechos de protección de datos realizando una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: AYUNTAMIENTO DE BARBASTRO, Plaza Constitución, 2, CP 22300, Barbastro (Huesca). También puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: DPD@BARBASTRO.ORG En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Aprovechamos para informarle que sus datos podrán ser utilizados posteriormente para el envío por medios electrónicos de información que pueda resultar de su interés sobre ferias y otros eventos en los que participe el Ayuntamiento de Barbastro. Marque la casilla correspondiente a tales efectos:

 Autorizo recibir comunicaciones

 NO autorizo recibir comunicaciones
**ILMO. SR. ALCALDE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO. DE BARBASTRO**

AYUNTAMIENTO DE BARBASTRO, ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL, SANIDAD Y CONSUMO  
C/ ABANZO N.º 3 22300-BARBASTRO (Huesca)