



INSCRIPCIÓN ACTIVIDAD DE VOLEIBOL

Se imparte los MARTES Y JUEVES de 16.00H. A 17.00h.

Precio de la actividad: **10 euros anuales** para la compra de material a abonar en la entrega de la solicitud.

Las plazas se adjudicarán **por riguroso orden de entrega en secretaría.**

Se confeccionará una lista de espera con las solicitudes que no obtuvieron plaza.

NORMAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD: Se aceptan solicitudes sólo a partir de **3º de Primaria**. Regularidad en la asistencia. En caso de faltar presentar justificante. Puntualidad en la recogida de los alumnos. Cumplimiento de las normas de convivencia existentes en el Reglamento del Centro. Cumplimiento de los datos de inscripción en la siguiente hoja.

SOLICITUD DE VOLEIBOL Nº

/D^a. _____ en su calidad de padre/madre/tutor del
alumno/a matriculado en el CEIP ALCALDE DE MÓSTOLES. _____ de
_____ / Primaria, SOLICITO plaza para la actividad de “**VOLEIBOL**” que se llevará a cabo **martes y jueves** durante
los meses de octubre a mayo del curso 202_/202_. **En horario de 16:00 horas a 17:00 horas**, manifestando que
conozco y acepto las normas de funcionamiento propias del servicio.

FIRMADO EL PADRE:

FIRMADO LA MADRE:

FIRMADO EL TUTOR/A LEGAL:

***IMPORTANTE: Es obligatorio la firma de ambos progenitores.**

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento



FICHA DE DATOS ACTIVIDAD DE VOLEIBOL

DATOS ALUMNO/A

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO FAMILIAR	CP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELÉFONOS DE CONTACTO POR PREFERENCIA EN CASO DE URGENCIA		
1º <input type="text"/>	2º <input type="text"/>	3º <input type="text"/>

EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA ENFERMEDAD DEBE ADJUNTAR EL INFORME MÉDICO Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

DATOS DE LA MADRE/ TUTOR

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONOS DE CONTACTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL PADRE/ TUTOR

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONOS DE CONTACTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>