

Tlf. 676 600 064 primerosdelcole@ampalegapzi.com www.ampalegazpi.com

Impreso de Solicitud SOLO ACOGIDA DE MAÑANA curso 2015/16

D. /Dña Teléfono de contacto		N.I. N.°	y N.º de so	ocio
Deseo que mis hijos/as:				
•			Curso	Letra
•			Curso	Letra
•			Curso	Letra
•			Curso	Letra
centro (hasta el día 20 del mes anterior funcionamiento del servicio, y que estoy o servicio por parte de mis hijos/as. ALERGIAS/OBSERVACIONES (Si es po	le acuerdo en el consible acompañar o	umplimiento de la	ente document	nte el uso del ración).
El padre, madre o tutor				
Fdo		Arroyomolinos,	de	de 20
Los recibos mensuales serán domiciliados Nombre, Apellidos y DNI del titular de la		mero de cuenta ba	ancaria	
	D.N.I			
Nº CUENTA (Incluido código IBAN)				
ES / /	./	/ /		

FORMA DE ENTREGA: Despacho del AMPA o buzón.

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ART.5 DE LA LEY ORGANICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LE INFORMAMOS QUE LOS DATOS POR UD. FACILITADOS SERAN INCORPORADOS A UN FICHERO TITULARIDAD DE ASOC. DE PADRES Y MADRES CEIP LEGAZPI CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR EL SERVICIO POR UD. SOLICITADO. ASOC. DE PADRES Y MADRES CEIP LEGAZPI PONE EN SU CONOCIMIENTO QUE VD. PUEDE EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACION, CANCELACION Y OPOSICION DE SUS DATOS, NOTIFICANDOLO AL ASOC. DE PADRES Y MADRES CEIP LEGAZPI MEDIANTE CARTA DIRIGIDA A CALLE CARTAGENA N° 9, ARROYOMOLINOS (28939) MADRID, JUNTO COPIA DEL DNI O COMPLETANDO EL CORRESPONDIENTE FORMULARIO DE EJERCICIO DE DERECHOS QUE PONEMOS A SU DISPOSICIÓN EN LA DIRECCION ANTERIORMENTE MENCIONADA.