

PRIMEROS DEL COLE 2018/2019

LOS PAGOS SERÁN MENSUALES CON CARGO A LA CUENTA INDICADA. BAJAS ANTES DEL 25.

DATOS DEL ALUMNO/A

Una solicitud por alumno

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------------|-------|
| APELLIDOS Y NOMBRE | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| CENTRO DONDE CURSA LOS ESTUDIOS | | CURSO (2017-2018) | LETRA |

DATOS FAMILIARES

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE | Teléfono contacto |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA MADRE | Teléfono contacto |

Domicilio a efectos de notificaciones

| | | | | | | | |
|--|------|------|------|-----|------|--|--|
| Nombre vía pública | Núm. | Esc. | Piso | Pta | C.P. | Municipio | |
| Correo electrónico (MAYÚSCULAS) | | | | | | Teléfono móvil | |
| Si desea recibir información acerca de su trámite, marque la casilla correspondiente | | | | | | SMS <input type="checkbox"/> | Correo electrónico <input type="checkbox"/> |
| Si desea recibir NOTIFICACIÓN TELEMÁTICA SEGURA, marque la casilla correspondiente | | | | | | Para este trámite <input type="checkbox"/> | Para todos los trámites <input type="checkbox"/> |

CUOTA MENSUAL

Marque con X

| HORARIO | MODALIDAD | 1º HNO | 2º HNO | 3º HNO |
|----------------------------|--------------|---------|---------|---------|
| 7,00 a 9,00 h | Con desayuno | 65,00 € | 59,00 € | 54,00 € |
| 7,30 a 9,00 h | Con desayuno | 55,00 € | 50,00 € | 45,00 € |
| 8,00 a 9,00 h | Con desayuno | 45,00 € | 41,00 € | 37,00 € |
| 8,00 a 9,00 h | Sin desayuno | 34,00 € | | |
| 8,30 a 9,00 h | Sin desayuno | 26,00 € | | |
| CUOTA MENSAL E.S.O. | | | | |
| 7,30 a 8,20 h | Con desayuno | 40,00 € | | |
| 8,00 a 8,20 h | Sin desayuno | 20,00 € | | |

Sólo C.E.I.P. Los Ángeles y Lourdes

BONOS

| DIAS | MODALIDAD | Marque con X |
|---------|--------------|--------------|
| 20 días | Con desayuno | 80,00 € |
| 20 días | Sin desayuno | 60,00 € |
| 10 días | Con desayuno | 50,00 € |
| 10 días | Sin desayuno | 40,00 € |
| 5 días | Con desayuno | 30,00 € |
| 5 días | Sin desayuno | 25,00 € |

OBSERVACIONES (Datos médicos, escolares o personales de interés especial (!!ALERGIAS!!))

| |
|--|
| |
|--|

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA (ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA)

TITULAR DE LA CUENTA _____ D.N.I. _____

| | | | | |
|------------|---------|---------|------|-----------|
| IBAN ES | ENTIDAD | OFICINA | D.C. | Nº CUENTA |
|------------|---------|---------|------|-----------|

Fecha _____ Firma del titular _____

| Información básica sobre Protección de Datos | |
|--|---|
| Actividad de Tratamiento | Actividades Extraescolares |
| Responsable | Sra. Alcaldesa del Ayuntamiento de Torrelodones. |
| Finalidad | Gestión administrativa de los usuarios de actividades extraescolares de los colegios públicos del Municipio. |
| Legitimación | Para el tratamiento se requerirá el consentimiento del interesado. |
| Destinatarios de cesiones | Sólo se cederán los datos en los casos previstos legalmente. No existe transferencia internacional de datos prevista. |
| Derechos de los interesados | Derecho de acceso, rectificación y oposición, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional sobre el tratamiento en la sección "Protección de Datos de Carácter Personal" del Portal de Transparencia del Ayuntamiento de Torrelodones (http://transparencia.torrelodones.es/) |