SOLICITUD LUDOTECA

CURSO ESCOLAR: **2023/2024**

AMPA El Palomar desde 1986
CEIP ARCOIRIS - Aguadulce

C.E.I.P. "ARCO IRIS"

☐ ALTA (Nº SOCIO/A:) ☐ MODIFICACIÓN DE DATOS (Nº SOCIO/A:) ☐ BAJA (Nº SOCIO/A:)

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL SOCIO/A AMPA

NOMBRE Y APELLIDOS : TLF:

DATOS ALUMNO/A 1

NOMBRE Y APELLIDOS CURSO Y CLASE:

F. ALTA F. BAJA OBSERVACIONES:

DATOS ALUMNO/A 2

NOMBRE Y APELLIDOS CURSO Y CLASE:

F. ALTA F. BAJA OBSERVACIONES:

DATOS ALUMNO/A 3

NOMBRE Y APELLIDOS CURSO Y CLASE:

F. ALTA F. BAJA OBSERVACIONES:

PERSONA DE CONTACTO 1:

NOMBRE Y APELLIDOS : TLF: PARENTESTCO: E-MAIL:

PERSONA DE CONTACTO 2:

NOMBRE Y APELLIDOS : TLF: PARENTESTCO: E-MAIL:

OBSERVACIONES:

☐ LUDOTECA MEDIO DÍA:

NO SOCIOS: ☐ **32** €/MES/NIÑ@
SOCIOS DEL AMPA: ☐ **27** €/MES/NIÑ@

☐ TRANSFERENCIA BANCARIA AL Nº DE CUENTA: ES84 0182 6641 5302 0159 5908

☐ SOLICITO DOMICILIACIÓN BANCARIA Nº DE CUENTA:

CLÁUSULA INFORMATIVA:
En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, incluidos los de salud, serán tratados por ASOCIACIÓN DE PADRES COLEGIO ARCO IRIS EL PALOMAR DE ROQUETAS DE MAR con la finalidad de llevar a cabo el tratamiento para la gestión contable y fiscal y la asistencia a la ludoteca matinal organizada por la entidad. Los datos personales proporcionados se conservarán: Mientras no se solicite su supresión por el interesado; Se mantenga la relación entre las partes; O durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia. La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la prestación del servicio llevado a cabo por la entidad. Los destinatarios de los datos serán Organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, Organismos de la Seguridad Social, Administración Tributaria, otros Órganos de la Administración Pública y entidades bancarias.
El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individualizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a C/ Celindo, 68 - 04740 Aguadulce (Almería) o también puede enviar un email a: secretaria@ampaelpalomar.es, adjuntando documento que acredite su identidad. Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO: A continuación, podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para poderle prestar el servicio solicitado.

☐ Para el envío de comunicaciones sobre las actividades y/o servicios prestados por la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

☐ Para el tratamiento de sus datos de salud para las finalidades definidas anteriormente.(Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque esta casilla porque sin los datos de salud no se podrá prestar el servicio).

☐ Para el uso de su imagen personal con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, página web, televisión y otros soportes las actividades de la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

FIRMA/SELLO AMPA

FECHA SOLICITUD

OBSERVACIONES

AMPA El Palomar CEIP Arco Iris C/ Celindo, 68, Aguadulce, Almería – 04720 · Inscrita en el Registro de Asociaciones nº 00788 y con CIF: G04061511 Tlf: 615 076 265 · E- mail: info@ampaelpalomar.es www.ampaelpalomar.es

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor : AMPA EL PALOMAR
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / *Creditor´s name*
ASOCIACIÓN DE PADRES COLEGIO ARCO IRIS EL PALOMAR DE ROQUETAS DE MAR

Dirección / *Address*
CEIP Arco Iris C/ Celindo, 68 Aguadulce Roquetas de Mar. Almería

Código postal - Población - Provincia / *Postal Code - City - Town*
04720

País / *Country*
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la ent idad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you au thorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eigth weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / *Debtor's name*
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / *Address of the debtor*

Código postal - Población - Provincia / *Postal Code - City - Town*

País del deudor / *Country of the debtor*

Swift BIC */ Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*

Número de cuenta - IBAN / *Account number - IBAN*

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: *Type of payment* ☐ ***Pago recurrente*** *Recurrent payment* ***o*** *or* ☐ ***Pago único*** *One-off payment*

Fecha – Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

DOCUMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS

CLAUSULA INFORMATIVA ALUMNOS

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, incluidos los de salud, serán tratados por **ASOCIACIÓN DE PADRES COLEGIO ARCO IRIS EL PALOMAR DE ROQUETAS DE MAR** con la finalidad de hacer efectivo el tratamiento para la gestión de las actividades organizadas por la entidad y de llevar a cabo la gestión administrativa derivada de la misma.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su supresión por el interesado, se mantenga la relación entre las partes o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia. La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la prestación del servicio llevado a cabo por la entidad. Los destinatarios de los datos serán Organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, Organismos de la Seguridad Social, Administración Tributaria, otros Órganos de la Administración Pública y entidades bancarias.

El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **C/ Celindo, 68 - 04740 Aguadulce (ALMERIA)** o también puede enviar un email al Responsable, o en su caso, al Delegado de Protección de Datos a **ampaelpalomar14@gmail.com**, adjuntando documento que acredite su identidad. Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

☐ **SI** ☐ **NO** **Para el envío de información sobre otras actividades prestadas por la entidad.** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque SI*).

☐ **SI** ☐ **NO** **Para el tratamiento de sus datos de salud para las finalidades definidas anteriormente.** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad, marque la casilla* SI, porque sin los datos de salud no se podrá prestar el servicio).

☐ **SI** ☐ **NO** **Para el uso de su imagen personal con la finalidad de preparar orlas, vídeos, fotografías y cd de las actividades de la entidad.** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque SI*).

DOCUMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS

☐ SI ☐ NO **Para el uso de su imagen personal con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, página web, televisión y otros soportes las actividades de la entidad** (*Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque SI*).

ALUMNO/A: _____

DNI: **Fecha:**

Firma:

Tutor 1

Nombre y apellidos (Padre, Madre o Tutor Legal en caso de que el alumno/a sea menor de 14 años):

DNI: **Fecha:**

Tutor 2

Nombre y apellidos (Padre, Madre o Tutor Legal en caso de que el alumno/a sea menor de 14 años):

DNI: **Fecha:**

En caso de firma del presente documento por uno sólo representante legal o tutor/a, éste garantiza que cuenta con el consentimiento del otro u otra progenitor/a o tutor/a legal, si procede. La entidad se exime de responsabilidades que puedan derivarse a tal efecto.

Firma Tutor 1: **Firma Tutor 2:**