

EL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA AUTORIZA PARA QUE ABONEN LOS RECIBOS PRESENTADOS A ELLA CORRESPONDIENTES a las actividades para las que han solicitado plaza de cada uno de los alumnos listados en la presente inscripción. Si el titular de la cuenta no es tutor legal de los menores, indíquese así. Identifique a los tutores legales en el apartado de personas autorizadas a recoger a los niños.

<b>TITULAR DE CUENTA</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>NIF (indique letra)</b>	

**FIRMA  
(IMPRESINDIBLE)**

MADRID

2016

ENGLISHPLUS LANGUAGE SERVICES le informa que dispone de las bases de datos generales y de administración necesarias para la correcta gestión de toda la información de las actividades, formadas por ficheros y archivos documentales de carácter personal en soporte físico, digital y audiovisual, con el objetivo de cumplir con las finalidades propias de ENGLISHPLUS LANGUAGE SERVICES se dispone de una Web informativa y publicidad propia dónde son tratadas imágenes, filmaciones y datos audiovisuales. Todos los datos son tratados en cumplimiento de la Ley 1/1982 sobre el derecho al honor y la propia imagen, y la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999. Usted autoriza y queda informado de la incorporación de sus datos a los ficheros de ENGLISHPLUS LANGUAGE SERVICES C/Velázquez 15 1º Dcha. 8001 Madrid. El firmante tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos. La notificación debe ser realizada por escrito.

USO DE IMÁGENES: Autorizo la toma y utilización de imágenes de mi hijo/a durante las actividades extraescolares del curso 2015-2016, con fines exclusivamente educativos e informativos, y que podrán ser publicadas en la web de la empresa organizadora.	AUTORIZO. FIRMA:
RECEPCIÓN DE SMS Y E-MAILS: Autorizo, en los teléfonos móviles y direcciones de correo antes indicados, el envío de SMS y e-mails de carácter informativo de la actividad.	AUTORIZO. FIRMA:
<b>DOMICILIO</b>	Nº PORTAL PISO PUERTA MUNICIPIO CPOSTAL
<b>MAIL</b>	@
<b>TELEFONOS</b>	

<b>GARANTÍA DE SOLICITUD FIRME</b>	LA ENTREGA DE ESTA SOLICITUD IMPLICA LA <b><u>ACEPTACIÓN DEL COBRO DE LA PRIMERA MENSUALIDAD DE CADA ACTIVIDAD SELECCIONADA.</u></b>
------------------------------------	--

NOMBRE	APELLIDOS	CURSO	INFANTIL /PRIMARIA	FECHA DE NACIMIENTO	ALERGIAS, ENFERMEDADES, OBSERVACIONES
HIJO/A 1					
HIJO/A 2					
HIJO/A 3					

INDIQUE CON UNA CRUZ (X) LA ACTIVIDAD PARA LAS QUE SOLICITA PLAZA PARA CADA UNO DE SUS HIJOS

HIJO/A 1	HIJO/A 2	HIJO/A 3
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>DE LUNES A VIERNES</b>	<b>DE LUNES A VIERNES</b>	<b>DE LUNES A VIERNES</b>
INTENSIVO INGLÉS (JUNIO)	INTENSIVO INGLÉS (JUNIO)	INTENSIVO INGLÉS (JUNIO)
INTENSIVO INGLÉS (SEPTIEMBRE)	INTENSIVO INGLÉS (SEPTIEMBRE)	INTENSIVO INGLÉS (SEPTIEMBRE)

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A LOS NIÑOS:

NOMBRE	APELLIDOS	TELÉFONO	PARENTESCO	DNI