



AYUNTAMIENTO DE  
VILLAVICIOSA DE ODÓN  
(MADRID)

Espacio reservado para datos de Registro

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN – ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES 2018-2019**

**DATOS DEL NIÑO/A**

APELLIDOS Y NOMBRE				
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CURSO	GRUPO	COLEGIO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO
APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE				
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA MADRE				
DIRECCIÓN		Nº	PISO	
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD		
TELÉFONO HABITUAL	TELÉFONO DURANTE LA ACTIVIDAD	CORREO ELECTRÓNICO		
OTRO CONTACTO EN CASO DE NO PODER CONTACTAR CON LOS PADRES:				
Marcar lo que proceda: Familia numerosa ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Adjunta fotocopia del carnet de familia numerosa ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Empadronado en Villaviciosa de Odón ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<b>AUTORIZACIONES</b>				
1. Realización de fotografías para información local: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
2. RECOGIDA DE LAS ACTIVIDADES. Nombre de las personas autorizadas a recoger al participante:				
D./Dña.:		DNI nº .....		
D./Dña.:		DNI nº .....		
D./Dña.:		DNI nº .....		
<b>ALERGIAS O TRATAMIENTOS MÉDICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>				
<b>CUAL:</b>				
<b>Medicamentos que toma (imprescindible receta médica, indicando dosis y duración):</b>				
<b>PROBLEMA</b>	<b>MEDICACIÓN</b>	<b>DESAYUNO</b>	<b>COMIDA</b>	

<b>ACTIVIDAD 1</b>	<b>ACTIVIDAD 2</b>
PRIMERA OPCION:	PRIMERA OPCION:
SEGUNDA OPCION:	SEGUNDA OPCION:

El pago de las actividades se realizará de **manera trimestral y mediante ingreso en la cuenta bancaria de la organización:**

- **1er trimestre:** PENDIENTE DE CONFIRMACION
- **2º trimestre:** pago del 2 al 9 de enero
- **3er trimestre:** pago del 1 al 5 de abril
- Si la inscripción se ha producido durante estos periodos, tendrán un plazo de 3 días para realizar el pago de la parte del trimestre correspondiente (en caso de duda consultar con el coordinador)

El pago se realizará mediante ingreso en la cuenta bancaria de la organización en el plazo de 48 horas desde la entrega de la inscripción. En el ingreso deberán figurar los siguientes datos:

**EN EL CONCEPTO:** NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A

**CUENTA BANCARIA:** ES22-0049-4998-28-2116414422

**TITULAR DE LA CUENTA:** ASOCIACION ATLAS.

Una vez efectuado el ingreso deberán enviar el comprobante vía mail ([atlasgetafe.servicios@gmail.com](mailto:atlasgetafe.servicios@gmail.com)) o bien de manera presencial, entregándolo al coordinador de extraescolares del colegio.

El incumplimiento del pago en el plazo indicado supondrá la pérdida de la plaza.

Recordamos que no se devolverán los importes ingresados salvo suspensión de la actividad.

Fecha .....

Firma del titular .....

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, les informamos que sus datos serán almacenados y tratados en fichero, y serán utilizados para la finalidad en dicho impreso, para lo cual serán facilitados a la empresa encargada de la gestión de la actividad. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición dirigiéndose al Ayuntamiento de Villaviciosa de Odón. Plaza de la Constitución, 1 28670 Villaviciosa de Odón (Madrid); teléfono 916169600; fax 916164515.