



Nome e apelidos alumn@: _____

Nome apelidos nai/pai/ tutor: _____

Teléfonos de contacto: Casa: _____

Móbil: _____ / _____

E-mail: _____

Data de nacemento: _____ Curso que rematou: _____

• É alumno o ex-alumno? SI • NON

Matricúlase con outro irmán? SI NON

Quenda na que se inscribe:

26-29 decembro 2023

2- 5 xaneiro 2024

Importe:

Data pago:

DESPRAZAMENTOS: Nomes dos adultos que van vir recollelos e relación que teñen cos nen@s:

DATOS MÉDICOS: Alerxias, tratamentos...

CARACTERÍSTICAS PERSOAIS A TER EN CONTA:

NOTA: Adxuntar xustificante bancario do ingreso

PROTECCIÓN DE DATOS: Reglamento (UE) 2016/679) RGPD y LOPDGDD 3/2018. LORCA INSTITUTE, como responsable de tratamiento, tratará sus datos y los del menor para gestionar la inscripción y posterior participación de este último en la actividad. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, entre otros, tal y como se explica en la información adicional que está a su disposición en nuestras instalaciones o enviando un correo electrónico a info@lorcainstitute.com.

AUTORIZACIONES:

Antes de que nos dé las autorizaciones que se solicitan a continuación le informamos de que no son obligatorias, de que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y de que si lo hace no se verán afectados los tratamientos de datos que se hayan podido realizar con anterioridad.

a) **TOMA Y PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DEL MENOR.** Toma de imágenes (fotografía/video) y posterior difusión a través de su blog y la página del COLEGIO MAYOR SAN AGUSTÍN con la finalidad de promocionar su actividad.

Sí autoriza a la toma y publicación de sus imágenes*.

NO autoriza a la toma y publicación de sus imágenes.

** En caso de que la patria potestad sea compartida, su representante declara que cuenta con el consentimiento del otro progenitor y que no existe ninguna causa que lo invalide.*

b) **ENVÍO DE INFORMACIÓN DE INTERÉS.** Envío de información actualizada sobre nuevos cursos, actividades, promociones o servicios que organicemos y que puedan resultar de su interés.

Sí desea recibir información actualizada.

NO desea recibir información actualizada.

c) Tratamiento de **DATOS DE SALUD DEL MENOR** (alergias, intolerancias alimentarias...).

Sí autoriza al tratamiento de los datos de salud necesarios para garantizar la integridad de menor y a su posterior cesión a LORCA INSTITUTE Y CMU SAN AGUSTÍN con la finalidad de gestionar su participación en la actividad*.

NO autoriza al tratamiento de los datos de salud.

** Exención de responsabilidad. LORCA INSTITUTE S.C. no se hace responsable de que los datos de salud facilitados sean correctos, completos y actuales.*

En, a..... de.....de.....

D/D^a.....

Firma