

**DATOS PERSONALES:**

FAMILIA SOCIA AMPA: SI NO

1º- Nombre del alumno/a..... CÓDIGO: .....  
 Año de nacimiento...../...../.....curso..... Alergias (u otros datos de interés).....  
 1ª Actividad que solicita..... 2ª Actividad que solicita.....  
 3ª Actividad que solicita..... 4ª Actividad que solicita.....  
 5ª Actividad que solicita..... 6ª Actividad que solicita.....

2º- Nombre del alumno/a..... CÓDIGO: .....  
 Año de nacimiento...../...../.....curso..... Alergias (u otros datos de interés).....  
 1ª Actividad que solicita..... 2ª Actividad que solicita.....  
 3ª Actividad que solicita..... 4ª Actividad que solicita.....  
 5ª Actividad que solicita..... 6ª Actividad que solicita.....

3º- Nombre del alumno/a..... CÓDIGO: .....  
 Año de nacimiento...../...../.....curso..... Alergias (u otros datos de interés).....  
 1ª Actividad que solicita..... 2ª Actividad que solicita.....  
 3ª Actividad que solicita..... 4ª Actividad que solicita.....  
 5ª Actividad que solicita..... 6ª Actividad que solicita.....

Domicilio familiar.....  
 Teléfonos de contacto.....  
 Correo electrónico.....  
 Nombre de las personas autorizadas a recoger al niño/a.....

**DATOS BANCARIOS DE DOMICILIACIÓN COMPLETOS (NÚMERO DE CUENTA)**

Nombre y apellidos del titular..... DNI del titular.....

IBAN		Entidad				Oficina			D.C		Número de cuenta					
E	S															

**Autorizo la domiciliación bancaria de las actividades por parte de Fantasia Extraescolares**

Fecha..... Firma.....  
 Fantasia Extraescolares S.L. utilizará y guardará los datos recogidos en esta ficha conforme a lo establecido en el RGPD y las cláusulas de protección de datos

**RESGUARDO DE ALTA EN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

Don/Doña.....con DNI.....inscribe al alumno/a..... a las actividades extraescolares en la ficha indicadas. En el centro escolar.....

Nombre.....firma..... Fecha.....  
 Datos del coordinador: Sara Canales, teléfono 652 185 271, correo elrasomoralzarzal@fantasiaextraescolares.com