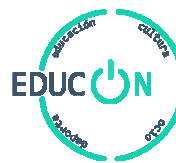


## EDUCON- Servicio de Intervención al Ciudadano (SIC)

### FICHA DE INSCRIPCIÓN

#### -Datos del alumno o alumna:

Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Curso:	
DNI/NIE/N.º Pasaporte:	
Socio: SI ( ) – NO ( ) Indicar en caso afirmativo AMPA ( ) o AAVV ( )	



Foto

\*Ver Información básica sobre protección de datos en el reverso o anexo.

#### -Datos del padre, madre o tutor legal:

Nombre y apellidos:	
Domicilio:	
Localidad:	Profesión:
Teléfono móvil:	Fijo:
E- mail:	
DNI/NIE/N.º Pasaporte:	

#### -En caso de urgencias llamar al teléfono (indicar entre paréntesis el parentesco familiar)

#### -Observaciones médicas de interés

Problemas traumatológicos:
Alergias:
Problemas respiratorios:
Otra observación a considerar:

#### -Actividades EDUCON (Marcar con un X, en la que desea ser inscrito).

Reeducación Pedagógica	<input type="checkbox"/>	Reeducación del Lenguaje	<input type="checkbox"/>	
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Observaciones: \_\_\_\_\_

\*Otras actividades: \_\_\_\_\_

**-AUTORIZO**            SI             NO

A mi hijo/a a marcharse solo/a del centro al término de la actividad extraescolar de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

-En caso negativo **AUTORIZO** a las siguientes personas a recogerlo/a al término de dicha actividad.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI

#### Marcando las siguientes casillas con una X nos da su consentimiento para las siguientes acciones;

( ) El **pago de la actividad** se realiza por cajero o transferencia entre los días 1-10 de cada mes durante el curso. En caso de baja enviar un correo electrónico a [direccion@educon.es](mailto:direccion@educon.es), anterior al día 25 del mes anterior para proceder a las gestiones administrativas oportunas. En caso de impago EDUCON se reserva el derecho de tramitar baja.

## EDUCON- Servicio de Intervención al Ciudadano (SIC)

( ) Autorizo al equipo EDUCON a realizar las actuaciones oportunas a favor de la mejora de salud de su hijo/a en caso de **accidentes leves y/o graves**, avisando previamente al 112 en caso de accidentes graves.

( ) Para alumnado con **enfermedades crónicas o con posible riesgo por su salud** se especifica que el ultimo responsable de las consecuencias que se pueda derivar de la enfermedad de su hijo es el padre, madre y/o tutor legal.

( ) Autorizo a D.Carmelo Salas Martín (Director de EDUCON) y su equipo de profesionales a acudir al centro educativo de mi hijo/a para coordinador con profesorado, dpto. Orientación u otro profesionales externos a **intercambiar información sobre mi hijo/a** para coordinar actuaciones y contribuir a la mejora de su desarrollo integral.

( ) Se valora la **recuperación de sesión** mediante envío de justificante a [direccion@educon.es](mailto:direccion@educon.es) **mínimo 24hrs antes**.

( ) Autorizo a realizar **sesiones en el exterior del centro** para favorecer el desarrollo integral de mi hijo/a.

( ) Si hace uso del **comedor escolar** autorizo al equipo EDUCON a recoger a mi hijo/a para llevarlo a la actividad.

( ) Si hace uso del **transporte escolar** autorizo al personal de comedor a recoger a mi hijo/a al término de la actividad.

( ) Estoy informado del pago de **seguro de accidentes** para dar asistencia médica en la actividad inscrito/a. La no conformidad exime a EDUCON de cualquier responsabilidad legal ante una situación de accidente en nuestra actividad.

Conforme  No conforme

### Anexo. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**Responsable:** Carmelo Salas Martín (EDUCON), Calle Sansofé 12, Los Realejos, 38410, Santa Cruz de Tenerife, [direccion@educon.es](mailto:direccion@educon.es). **Finalidad:** Los datos personales serán tratados principalmente para las siguientes finalidades:

- Gestionar la inscripción y la adecuada organización de las actividades desarrolladas por EDUCON, en las que el menor haya sido inscrito.
- Gestionar la recogida de los menores en el centro. En caso de facilitar datos de terceros usted deberá hacer llegar esta información al interesado.
- Gestión del cobro de las actividades en las que se haya inscrito y/o servicios complementarios en los que los usuarios se hayan apuntado.
- Envío de información sobre las actividades del centro, en caso de otorgar su consentimiento expreso.

**Legitimación:** Ejecución de la inscripción que usted ha realizado y su consentimiento expreso. **Destinatarios:** Se podrá comunicar sus datos a empresas colaboradoras en caso de que sea necesario para la prestación del servicio en el que se ha inscrito o por obligación legal. En otro caso se solicitará su consentimiento. **Sus derechos:** Tiene derecho de acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición a su tratamiento, tal y como se explica en la información adicional. **Información Adicional:** Puede consultar la Política de Privacidad en [www.educion.es](http://www.educion.es).

### AUTORIZACIÓN PARA USO IMÁGENES

Carmelo Salas Martín (EDUCON) solicita su permiso para la utilización de su imagen, conforme a lo siguiente: Las imágenes se recogerán durante las actividades desarrolladas por EDUCON en las que su hijo se ha inscrito.

- **La finalidad** del tratamiento de las imágenes será:

-Las imágenes se recogerán durante las actividades desarrolladas por EDUCON en las que su hijo se ha inscrito.

-La finalidad del tratamiento de las imágenes será:

- Uso interno en memorias y proyectos de Carmelo Salas Martín -EDUCON.
- Página web y redes sociales de Carmelo Salas Martín- EDUCON.
- Informar a los/as padres/madres del alumnado mediante el correo electrónico, aplicaciones móviles u otros medios de comunicación.
- Documentos informativos de la actividad del centro, como cartas de servicios, trípticos, carteles promocionales de actividades, etc.
- Informes, documentos o solicitudes destinados a otras administraciones públicas.

-La **base jurídica** para el tratamiento de las imágenes será su consentimiento.

- **No se comunicarán a terceros**, salvo los necesarios para la finalidad o excepto por obligación legal.
- Una vez sus datos ya no sean necesarios, se suprimirán con las medidas de seguridad adecuadas.
- Tiene derecho a ejercer sus derechos tal como se ha indicado previamente dirigiéndose a Carmelo Salas (EDUCON) junto con una fotocopia de su DNI o documento análogo en derecho, indicando el tipo de derecho que quiere ejercer.

AUTORIZACIÓN

NO AUTORIZACIÓN

### INFORMACIÓN COMERCIAL

Deseo recibir comunicaciones comerciales, noticias y/o novedades a través de los contactos facilitados (vía móvil-llamada telefónica, whatsapp, mensajería, email, correo postal u otro medio de comunicación):  **Si**  **No**

Con la firma del presente documento, el firmante se considera informado y otorga su consentimiento para el tratamiento mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Madre y/o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

DNI/NIE o Nº Pasaporte: \_\_\_\_\_

Representante legal del alumno/a: \_\_\_\_\_

DNI/NIE o Nº Pasaporte: \_\_\_\_\_

Firma

(Ambos progenitores si se precisa)