AMPA COLEGIO MADRE JOSEFA CAMPOS

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

DATOS DEL ALUMNO:

APELLIDOS:	
NOMBRE:	
AÑO DE NACIMIENTO:	
¿TIENE HERMANOS EN EL CENTRO?	SÍ ☐ NO ☐

Nombre del herman@	Año de Nacimiento	Nombre del herman@	Año de Nacimiento

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

APELLIDOS:	
NOMBRE:	
DNI / NIE:	
TELÉFONO:	
e-MAIL:	

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

APELLIDOS:	
NOMBRE:	
DNI / NIE:	
TELÉFONO:	
e-MAIL:	

DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA:	

ES																						

Autorizamos a que la asociación cargue en la cuenta señalada el recibo que nos corresponda abonar en calidad de socios de la misma.

En _____, a ____ de _____ de 202_.

Firma padre/tutor Firma madre/tutora

Se pone en su conocimiento que en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, los personales reseñados serán incorporados en un fichero de datos del que es responsable la Asociación de Madres y Padres y que tiene por objeto la gestión económica y administrativa de la Asociación, así como la organización, difusión y publicidad de sus actividades y servicios. De conformidad con la Ley, los titulares de los datos tienen reconocido y podrán ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, cancelación y rectificación mediante escrito dirigido a la Asociación por correo electrónico a la dirección apamjc@apamjc.org