



DATA: _____

FULL D'INSCRIPCIÓ

Un cop omplert, deixa aquest full a Secretaria o envia'l escanejat a afaliceoegara@gmail.com

☐ 1ª inscripció ☐ Modificació de dades (Número de soci: _____)

Dades familiars

Cognoms: _____ Nom: _____
Adreça: _____ Codi Postal: _____
Població: _____ Telèfon: _____
E-mail: _____ Mòbil: _____

- ☐ Autoritzo a l'AFA a que m'envii informació al meu e-mail
☐ No vull rebre informació al meu e-mail
☐ Marca aquesta casella per rebre dos carnets, en el cas de pares que no viuen junts
☐ Autoritzo a l'AFA a fer ús de fotografies i/o vídeos del meu fill/filla a les xarxes socials

Dades dels alumnes

Cognoms	Nom	Curs i Classe

En virtut de l'establert en la normativa vigent en Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que les seves dades seran incorporades a un fitxer responsabilitat de l'Associació de Famílies d'Alumnes de l'escola Liceo Egara, amb la finalitat de gestionar els serveis que presta, així com proporcionar-li informació sobre les nostres activitats. Li informem que procedirem a tractar les seves dades de forma lícita, lleial, transparent, adequada, pertinent, limitada, exacta i actualitzada, i ens comprometem a adoptar totes les mesures raonables per què aquestes dades es suprimeixin o rectifiquin sense dilació quan siguin inexactes. D'acord amb els drets que li confereix la normativa vigent, podrà exercir els drets d'accés, rectificació, limitació de tractament, supressió, portabilitat i oposició, dirigint la seva petició a l'Associació de Mares i Pares d'Alumnes Liceo Egara, a l'adreça postal Ctra. de Castellar, 126 - 08222 Terrassa, o mitjançant correu electrònic a l'adreça afaliceoegara@gmail.com, juntament amb la seva identificació a través del DNI.

Forma de pagament

☐ Domiciliació bancària:

Titular: _____
Entitat: _____
IBAN: _____

DNI i Firma:

☐ Transferència al compte de Banc Sabadell ES52 0081 0294 6200 0130 1733