

Escuela Infantil HAKUNA MATATA

Tel.: 91 8022736 - 696085571 / E-mail: eihakuaatata@gmail.com



Paseo Valmoral nº 8, 28944 Fuenlabrada



MATRICULA

Curso 20__ / 20__

Datos del padre, madre o tutor/a:				
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.	Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.	Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/>

Datos del niño a matricular:			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha de nacimiento

Documentación del niño que se aporta:
<p><input type="radio"/> Fotocopia de la tarjeta sanitaria o del seguro médico donde está inscrito</p> <p><input type="radio"/> Fotocopia de la cartilla de vacunaciones</p> <p><input type="radio"/> Cuatro fotografías tamaño carnet</p>

Servicios solicitados:

Importe:

En Fuenlabrada, a de de 20

Firma del solicitante

Fdo.:

Escuela Infantil HAKUNA MATATA

Telf.: 91 8022736 - 696085571 / E-mail: eihakuaatata@gmail.com



Paseo Valmoral nº 8, 28944 Fuenlabrada



En cumplimiento de lo previsto por el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales (Reglamento Europeo de Protección de Datos) le informamos que los datos personales que puedan constar en este documento se encuentran incorporados en un fichero propiedad de HAKUNA MATATA S.L.U. con la finalidad de gestionar nuestra relación comercial y poder informarle de nuestros servicios. Si desea ejercitar sus derechos de acceso, oposición, rectificación, cancelación, supresión, limitación y portabilidad lo podrá hacer dirigiéndose por escrito a Paseo VALMORAL, N.8, 28944 FUENLABRADA, Madrid, o al email eihakunamamtata@gmail.com, con fotocopia de DNI.

- Declaro que he leído y acepto el contenido de la cláusula informativa.
- Consiento de manera expresa e inequívoca a través de marcación de esta casilla y firma de la presente para el tratamiento y cesión de los **posibles datos especialmente protegidos** (salud, menores...) imprescindibles para el mantenimiento y cumplimiento de la relación con nuestra entidad y prestación de servicios derivada de la misma.
- Consiento expresamente formar parte de posibles comunicaciones a través de sistemas de mensajería instantánea como **WhatsApp** con la finalidad de agilizar la gestión de los servicios prestados.
- Consiento de forma expresa para captación, reproducción y publicación de **imágenes/grabaciones** en las cuales aparezca individualmente o en grupo, que se pudieran realizar en la empresa, para su uso en actividades del centro o a través de sistemas de mensajería instantánea (**WhatsApp**) con las familias.
- Acepto recibir comunicaciones sobre nuestros servicios.

DATOS DEL MENOR

Nombre y Apellidos:

DNI:

DATOS DEL ADULTO:

Nombre y Apellidos:

DNI:

FECHA:

FIRMA: