


Folla de inscrición EEI CRESPO RIVAS

Para poder participar nas actividades é imprescindible entregar esta folla de inscrición totalmente cuberta.

SOCIO DA ANPA:	SI	NON
-----------------------	----	-----

NOME E APELIDOS DO NENO/A	DATA DE NACEMENTO	CURSO

DATOS DO PAI/NAI, TITOR/A

Nome e apelidos			
Domicilio			
Teléfono		E-mail	

Nº	ACTIVIDADES NAS QUE SE INSCRIBE	DATA DE INICIO
1		
2		
3		

DATOS DE INTERESE

Teléfonos de contacto durante as actividades	
Nome da persoa ou persoas autorizadas para recollida do/a neno/a	
Servizo de comedor: ____ si ____ non	Días:
Observacións (alerxias, medicacións, e outros datos que poidan repercutir na actividade do neno/a):	

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

D/Dona: _____ con DNI _____ autorizo

- ✓ **Á toma de imaxes e gravación** do/a menor na realización das actividades Si ☐ Non ☐
- ✓ **A recibir notificacións puntuais** sobre as actividades vía Whatsapp ou SMS Si ☐ Non ☐
- ✓ **A que os/as monitores/as** da empresa Anias **recollan ao/á meu fillo/a no comedor** escolar para participar nas actividades extraescolares de:

1. _____
2. _____
3. _____

Sinatura e data :

LEI ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL/ CLAÚSULA DE INSCRIPCIÓN DE MENORES:

Consente ao disposto no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello , do 27 de abril de 2016 relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento dos seus datos é a libre circulación destes datos e polo que se derroga a directiva 95/46/CE **Anias** co CIF: 35307943 E , sita na rúa Echegaray nº 39 baixo, 36002 Pontevedra infórmalle, que os datos recollidos a partir do presente formulario serán incorporados nunha Base de datos da empresa para a xestión e tramitación da inscrición dos asistentes ás actividades extraescolares para o curso 2026/27. Así mesmo autoriza pola presente, que os seguintes datos: nome, apelidos e teléfono sexan cedidos á ANPA Anduriña do EEI Concepción Crespo Rivas co CIF: G 36 411 320.

Pode exercer os seus dereitos e os do/a seu/súa fillo/a, de acceso, rectificación, cancelación e oposición mediante un escrito dirixido á persoa de Ana Mª Carballal Martínez na dirección da rúa Echegaray nº 39 BAIXO, 36002 Pontevedra, así como revocar os consentimentos antes solicitados dirixíndose á mesma dirección.

Mentres non nos comunique o contrario, entenderemos que os seus datos e os do/a seu/súa fillo/a non foron modificados, e que se compromete a notificarnos calquera variación durante o presente curso escolar e que temos o consentimento para utilzalos coa finalidade de xestionar a actividade na que vostede inscribiu ó/á seu/súa fillo/a e cumprir coas obrigas propias do mesmo.

Nome e apelidos do/os menor/es:

DNI:

Nome e apelidos do pai nai ou titor/a legal:

DNI:

Sinatura do titor legal

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación: (Cumplimentar por Anias)

Mandate reference

» A cumplimentar por el acreedor- to be completed by the creditor

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.

Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

Nome e apellidos do/a menor: _____

Identificador del acreedor : ES5300035307943E

Creditor Identifier

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor : ANA MARIA CARBALLAL MARTINEZ

Creditor's Name

Dirección : RUA ECHEGARAY Nº 39 BAIXO

Address

Código Postal –Población : 36002 PONTEVEDRA

Postal Code- City

Provincia – País : PONTEVEDRA ESPAÑA

Town-Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank

A cumplimentar por el deudor /to be completed by the debtor

N.I.F : _____

Nombre del deudor/es : _____

Name of the debtor(s)

(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

Dirección del deudor : _____

Address of the debtor

Código postal - Población : _____

Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor : _____

Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :

Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN :

Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES

Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago : ☒ **Pago recurrente** ☐ **Pago único**

Type of payment

Recurrent payment

or

One/off payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad : _____

Date, location in which you are signing

Firma/s del deudor/es : _____

Signature(s) of the debtor(s)

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.