



LAS ACTIVIDADES DARÁN COMIENZO LA SEGUNDA SEMANA DE OCTUBRE. FECHA TOPE DE INCRIPCION EL DIA 8 DE OCTUBRE.

AUTORIZACIÓN PATERNA

D/D^a (padre,madre, tutor/a): _____

, autorizo a mi hijo/a: _____

, a inscribirse en la actividad denominada **“LA ENCARNACIÓN SATURDAY EVENING FEVER”**, organizada por la Asociación Cultural Carcajada y el AMPA del C.C. La Encarnación.

Villena _____

Fdo: _____ DNI: _____

PAGO CUOTAS:

Octubre: ____

Enero: ____

Abril: ____

Noviembre: ____

Febrero: ____

Mayo: ____

Diciembre: ____

Marzo: ____

ACTIVIDADES EXTRAS:

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre LOPD, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros del COLEGIO A.P.A. LA ENCARNACIÓN, inscrito en RAPD, para la gestión de procesos de selección de personal que se puedan realizar. En este sentido usted consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados por el CC A.P.A. LA ENCARNACIÓN o cedidos a terceros para dar cumplimiento a dichos fines, así como para la gestión comercial y publicitaria que se pudiera emprender. Le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en laencarnacion.colegio@gmail.com