

# SOL.LICITUD DE SOCI DE L'AFA DE L'ESCOLA CRISTÒFOR MESTRE

**NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A:** \_\_\_\_\_  
CURS ESCOLAR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CURS \_\_\_\_\_ **A B C** DATA NAIXEMENT \_\_\_\_\_  
TSI (TARJA SANITÀRIA INDIVIDUAL) \_\_\_\_\_

ADREÇA \_\_\_\_\_  
CODI POSTAL \_\_\_\_\_ POBLACIÓ \_\_\_\_\_

## DADES DE LA MARE, PARE O TUTOR/A LEGAL:

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_  
RELACIÓ: MARE PARE TUTOR/A LEGAL  
TELÈFONS \_\_\_\_\_  
CORREU ELECTRÒNIC \_\_\_\_\_

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_  
RELACIÓ: MARE PARE TUTOR/A LEGAL  
TELÈFONS \_\_\_\_\_  
CORREU ELECTRÒNIC \_\_\_\_\_

## ALTRES CONTACTES:

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_  
VINCULACIÓ \_\_\_\_\_  
TELÈFONS \_\_\_\_\_

## QUOTA ANUAL:

Per ser famílies associades a l'AFA, cal fer el pagament de **45€ per família** mitjançant ingrés al següent compte bancari: **ES85 0081 1618 2500 0102 4710**

- En el concepte indicar : **QUOTA AFA, NOM I COGNOMS ALUMNE/A**
- Enviar la sol.licitud emplenada i el justificant de pagament al mail: **secretaria@afacristoformestre.cat**

Per als cursos següents, l'AFA us descomptarà la quota per al compte bancari que ens indiqueu:

IBAN: ES \_ \_ \_ \_ \_

## AUTORITZACIONS:

L'AFA realitza al llarg de l'any diferents activitats de les quals voldrem fer difusió. Amb aquesta finalitat, l'AFA us sol·licita el consentiment per a la recollida i tractament de les imatges dels vostres fills en les diferents activitats organitzades i la seva posterior utilització per a la difusió d'activitats de l'AFA en diferents mitjans: memòria anual, àlbums de fotos, portal web...

També és possible que durant la presa d'imatges de les activitats es pugui captar de forma accessòria la vostra imatge o la de tercers que us acompanyin a l'acte. En cas que no desitgeu aparèixer us preguem que ho feu saber al personal encarregat d'organitzar l'activitat per tal que ho tingui en compte.

**Autoritzo la cessió del dret d'imatge: SI NO**

Que, en cas de màxima urgència i després d'haver intentat localitzar-nos telefònicament a tots els telèfons facilitats per nosaltres, si l'hospital així ho aconsella, el meu fill/a pugui ser intervingut quirúrgicament.

**Autoritzo que el meu fill/a pugui ser intervingut quirúrgicament: SI NO**

**Autoritzo l'AFA del Cristòfor Mestre** a carregar al compte bancari indicat a l'AMPASOFT, els imports generats de la quota anual, serveis o activitats realitzades per l'associació, prèvia inscripció : **SI NO**

**Nom del pare, mare o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Signatura:**

**Data:**

El signant es responsabilitza de la veracitat de les dades i de comptar amb l'autorització dels tercers per al subministrament de les seves dades de contacte i/o bancàries.

En compliment de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal us informem que les vostres dades seran incorporades a un fitxer titularitat de l'AFA amb la finalitat de gestionar la vostra participació a la AFA i mantenir-vos informats de les nostres activitats. Podeu exercitar els Drets d'Accés, Rectificació, Cancel·lació i oposició enviant un correu electrònic a [secretaria@ampacristoformestre.cat](mailto:secretaria@ampacristoformestre.cat) o bé per correu postal remetent l'escrit a l'AFA de l'escola Cristòfor Mestre, c. JV Foix, 8, 08720 Vilafranca del Penedès.