

**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN**

Nº DE ORDEN:\_\_\_ Nº FIJO :\_\_\_ Nº DISCONTINUO:\_\_\_

**LUDOTECA ALMANZOR**

CURSO 2024-25

- NOMBRE Y APELLIDOS NIÑO/A: \_\_\_\_\_
- FECHA DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_
- DOMICILIO:\_\_\_\_\_
- LOCALIDAD:\_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL:\_\_\_\_\_
- TELÉFONO PRINCIPAL CONTACTO:\_\_\_\_\_
- OTROS TELÉFONOS:\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_
- CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_
- MODALIDAD ELEGIDA:\_\_\_\_\_
- OBSERVACIONES MÉDICAS: VER AL DORSO
- NOMBRE Y APELLIDOS MADRE/PADRE:\_\_\_\_\_
- OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_

- 
- PARA LAS MEMORIAS DE JUSTIFICACIÓN COMO PARA OTRAS CIRCUNSTANCIAS (REDES SOCIALES, PÁGINA WEB, MEMORIAS, NOTAS DE PRENSA Y EXPOSICIONES DE LAS ACTIVIDADES) PODEMOS EN ALGÚN MOMENTO A LO LARGO DEL CURSO REALIZAR FOTOGRAFÍAS DE LOS NIÑOS/AS EN EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE LA LUDOTECA. ¿AUTORIZAÍS PARA QUE TU/VUESTRO HIJO/A PUEDA SER FOTOGRAFIADO PARA LOS FINES EXPUESTOS ANTERIORMENTE?

☐ SI                      ☐ NO                      ☐ CONSULTAR ANTES

Fdo (madre, padre o tutor):

Fecha:

Confirmada Preinscripción:

NOTA: Esta preinscripción realizada se encuentra condicionada a la veracidad de los datos aportados, la aceptación de las normas de preinscripción y a la existencia de plazas disponibles. Por lo tanto se entenderá confirmada si una vez finalizado el plazo de preinscripción en el plazo de 5 días hábiles no se recibe comunicación por parte del CDR Almanzor.

Finalidad: Gestionar las actividades de acción social que lleva a cabo la entidad; Legitimación: Ejecución de un contrato, cumplimiento de una obligación legal; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Administración con competencia en la materia; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a [almanzor@cdrtcamos.es](mailto:almanzor@cdrtcamos.es); Procedencia: El propio interesado; Información adicional: <https://grupocfi.es/privacidad/cdralmanzor>.

## OBSERVACIONES MÉDICAS

ENFERMEDAD O ENFERMEDADES ACTUALES:

---

---

MEDICACIÓN HABITUAL QUE TOMA EL NIÑO O LA NIÑA:

| NOMBRE MEDICAMENTO | DOLENCIA PARA LA QUE LO TOMA |
|--------------------|------------------------------|
|                    |                              |
|                    |                              |
|                    |                              |
|                    |                              |

¿ES NECESARIO DARLE ALGÚN TRATAMIENTO DURANTE LAS HORAS QUE VA A ESTAR EN LA LUDOTECA?

☐ SI

☐ NO

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

---

ALERGIAS: ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? ☐ SI ☐ NO

SI HAS CONTESTADO SI ¿A QUÉ?: \_\_\_\_\_

---

---

¿RECIBE ALGUNA ATENCIÓN PROFESIONAL DE REFUERZO EDUCATIVO, PSICOLÓGICO O SIMILAR EN EL COLEGIO O FUERA DE ÉL?

☐ SI

☐ NO

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

---

ALGUN OTRO DATO MÉDICO QUE QUIERAS COMENTAR:

---

---

---