



## ESCUELA DE VERANO/ SUMMER SCHOOL SOLICITUD DE SERVICIO DE COMEDOR (14:00 – 15:30)

DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR(A)

1<sup>er</sup> apellido: \_\_\_\_\_  
 2<sup>o</sup> apellido: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Nº DNI \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nº teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**PERÍODO**

(marcar sólo 1 opción)

1<sup>a</sup> Quincena

2<sup>a</sup> Quincena

Mes completo

DATOS DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE VERANO

ORDEN	NOMBRE Y APELLIDOS	ALERGIAS/INTOLERANCIAS	IMPORTE (€)	QUINCENA	MES ENTERO
				1 <sup>o</sup>	
2 <sup>o</sup>			59	108	
3 <sup>o</sup>			49	90	
¿Socio APA ÁNGEL LEÓN?		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Descuento APA ÁNGEL LEÓN (5€/niño)	
			<b>TOTAL INGRESO (€)</b>		

Datos para la domiciliación. CCC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Titular de la cuenta:** .....

Firma del padre, madre, tutor(a) y titular de la cuenta:

Depositar este formulario FIRMADO en el buzón de la APA o entregar junto con la hoja de inscripción al hacer físicamente la matrícula.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales formarán parte de un fichero propiedad de Shambala Children Zone a efectos de comunicación de posibles contingencias. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiendo un correo electrónico a la dirección [shambalachildren@gmail.com](mailto:shambalachildren@gmail.com)