

 **CURSO 2023-2024**

**IMPRESO DE MATRÍCULA**

**DATOS DEL ALUMNO:**

NOMBRE Y APELLIDOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL:**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CORREO ELECTRÓNICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMICILIACIÓN BANCARIA:**

TITULAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÓDIGO CUENTA CLIENTE:

IBAN:\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E** | **S** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Los recibos se cargarán al número de cuenta indicado el día 20 de cada mes, siendo el primer cargo

el 20 de Septiembre de 2023 y el último el 20 de Mayo de 2024.

*(Si lo prefiere, puede pagar en EFECTIVO en el centro.)*

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS**

RESPONSABLE: Identidad: Gabriel Sánchez García-Pardo – NIF: 71355143N Dir. Postal: RACIMO, 16 Tfno.*649614725 Correo electrónico:* *escuelateatrjr@gmail.com**.*

 “En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en BROADWAY (Gabriel Sánchez García-Pardo) estamos tratando sus datos personales. Por tanto, tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su suspensión cuando los datos no sean necesarios.

Así mismo solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente.”

SI

NO



**CURSO 2023-2024**

**AUTORIZACIÓN**

YO,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

en mi condición de padre, madre o tutor legal de:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Mediante la presente eximo y libero a BROADWAY Escuela de Teatro y a sus titulares y empleados de cualquier responsabilidad por lesiones o accidentes que pueda sufrir el/la alumno/a durante su asistencia a las clases de la Escuela de Teatro Broadway.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Firma del Padre, Madre o Tutor legal.)  (Firma)

Para atender a la seguridad y salud de su hijo, le rogamos nos aporte la siguiente información:

Las siguientes personas están autorizadas a recoger a mi hijo del centro:  (por favor, incluya el nombre de los padres) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota: Por favor, comuníquenos por escrito si el estudiante tiene permiso para salir de nuestras instalaciones con personas distintas a las enumeradas arriba.

Teléfono de la madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, indique si su hijo toma alguna medicación o necesita algún cuidado especial:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de su médico o centro sanitario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZO A BROADWAY, Escuela de teatro A TOMAR FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS DE MI HIJO

EN LAS CLASES Y ACTIVIDADES DE LA ESCUELA DE TEATRO PARA USARLAS CON

PROPÓSITOS PROMOCIONALES.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma y fecha.)