



Colegio Sagrada Familia
 Carretera Arcas Reales, Km. 3
 47008 Valladolid
 Tfno: 983 223 176 Fax: 983 238 294
 E-mail: direccion@safavalladolid.com

DATOS DEL ALUMNO

Curso escolar: ____/____



APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO: _____ D.N.I.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROVINCIA: _____

NACIONALIDAD: _____ CURSO: 1º 2º 3º 4º INTERNO: _____ EXTERNO _____

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

PROFESIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N.I.F.: _____

RECIBE CORRESPONDENCIA: SI: _____ NO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓD. POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____

E-MAIL: _____

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

PROFESIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N.I.F.: _____

RECIBE CORRESPONDENCIA: SI: _____ NO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓD. POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____

E-MAIL: _____

Los siguientes teléfonos corresponden a la familia: (indíquese a quién corresponden)

TELÉF. DOMICILIO: _____ TELÉF. MÓVIL: (Padre) _____ TELÉF. MÓVIL: (Madre) _____

DATOS BANCARIOS

TITULAR: _____ RELACIÓN CON EL ALUMNO: _____

NÚMERO DE CUENTA

IBAN: _____ ENTIDAD: _____ OFICINA: _____ DIG. CONTROL: _____ CUENTA: _____

"De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales quedan incorporados a un fichero con la finalidad de realizar la gestión de su relación con el Colegio, así como para (tache la casilla correspondiente en caso de no estar de acuerdo):

- Facilitar sus datos a la AMPA del Colegio para la realización de sus gestiones propias de esta asociación.
- Publicar la imagen del alumno u otras informaciones referidas a éste y relacionadas con actividades del Colegio en las distintas publicaciones (incluida la página web que el Colegio realice dentro de su actividad educativa.

Asimismo, con la firma de este documento, consiente expresamente el tratamiento de determinados datos de salud del alumno por parte del departamento de orientación psicopedagógica del centro para la realización de las funciones propias de aquél.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberá dirigirse al responsable del fichero, COLEGIO SEMINARIO SAGRADA FAMILIA, en la dirección: Ctra. Arcas Reales, Km. 3, 47008, Valladolid.

FIRMAS



Carretera Arcas Reales
Apartado 2124
47080 VALLADOLID

Tfno: 983.22.31.76 ó 608 990 220
Fax: 983.23.82.94
E-Mail: direccion@safavalladolid.com
Web: www.safavalladolid.com

CURSO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

Apellidos y nombre:		
Fecha de nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	
Curso 14/15:	Curso 15/16:	
Dirección:	nº	Piso
Código postal:	Población:	Provincia:
Colegio actual:	Cursos que ha repetido:	
Colegios anteriores:		

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Padre:	Tfno. casa:	Móvil:
e-mail:	Tfno. T:	Nacido en:
Madre:	Tfno. casa:	Móvil:
e-mail:	Tfno. T:	Nacido en:

OTROS DATOS DE INTERÉS

Conocimos el Colegio por:	
Nº de hermanos:	Lugar que ocupa:
Familiares con los que convive:	
Alergias a medicamentos:	
Sacramentos recibidos:	
Asignaturas pendientes:	
Datos de interés:	

Valladolid, a de de



Tfno: 983 22 31 76 ó 608 990 220
Fax: 983.23.82.94
E-Mail: direccion@safavalladolid.com
Web: www.safavalladolid.com

Carretera Arcas Reales
Apartado 2124
47080 VALLADOLID

Nombre y apellidos del alumno: _____

DATOS DE TU ANTERIOR COLEGIO / INSTITUTO

Colegio/Instituto de procedencia: _____

Dirección del Colegio/Instituto (Calle, Nº) _____

En (población) _____ Provincia _____

Código Postal _____ Teléfono _____



Orden de domiciliación de cargo directo SEPA básico

Datos del acreedor

Referencia del orden de domiciliación:.....
Identificador del acreedores..... R4700225H
Nombre del acreedores:..... COLEGIO INTERNADO SAGRADA FAMILIA
Dirección:..... CALLE ARCA REAL Nº 146
Código Postal - Población 47008 - Valladolid
País: España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para cargar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los cargos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso se ha de efectuar dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del cargo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Datos del deudor

Nombre de los deudores	NIF/NIE
Dirección del deudor	Correo Electrónico
Código Postal Población Provincia	
Swift BIC (no obligatorio – código transferencias internacionales)	
<input type="text"/>	
Número de la cuenta - IBAN	
<input type="text"/>	
Entidad bancaria:	
Forma de pago: <input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente <input type="checkbox"/> Pago único	

Relación de alumnos

Datos comprobados y autorización otorgados por:

Nombre (legible) y firma

en Valladolid, el día ____ de ____ de 20 ____