

RÉGIMEN ACADÉMICO

Fecha de **ALTA** en el CENTRO INFANTIL NANIN:

HORARIO:

ALMUERZO: SI NO

MERIENDA: SI NO

Dieta especial : alérgico celiaco no lactosa no vaca no cerdo

Fecha de la **BAJA** en el CENTRO INFANTIL NANIN:

OBSERVACIONES :

.....

.....

Los firmantes declaran bajo su responsabilidad que los datos contenidos en esta solicitud son ciertos.

Firma: El Padre

Firma: La Madre

AVISO : De conformidad con la ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la información y de Comercio Electrónico (LSSI-CE), así como con la ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que su dirección de correo electrónico y su fax forman parte de un fichero titularidad de CENTRO INFANTIL NANIN, S.L. , cuya finalidad es poder informar sobre los diferentes productos comerciales, servicios y comunicaciones de CENTRO INFANTIL NANIN, S.L. , relacionadas con nuestras actividades. Asimismo le informamos que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación cancelación y oposición reenviando este correo y en asunto poner NO UTILIZAR MIS DATOS, o bien mediante una comunicación postal a la siguiente dirección :

CENTRO INFANTIL NANIN, S.L.
C/ Dr. Jiménez Díaz,
438007, Santa Cruz de Tenerife

Le recordamos que sus datos nunca son suministrados a terceros bajo ningún concepto, siendo únicamente utilizados de acuerdo con la finalidad de nuestro fichero.

Documentos necesarios :

- Certificado médico
- Fotocopia libro vacunas
- 4 Fotos Carnet