

FICHA DE MATRICULACIÓN CURSOS Y COLONIAS FEYDA

Por favor, pegue aquí una fotografía reciente del participante.

Datos personales del participante

Nombre y dos apellidos

Dirección

Código Postal Población, Provincia

Teléfono Móvil familiar

Curso académico que realiza actualmente

Colegio o Instituto al que asiste

Fecha de Nacimiento Sexo (indique "hombre" o "mujer")

Correo electrónico familiar

Datos del curso o colonia elegido

Lugar del curso

Fecha de comienzo Fecha de finalización

Modalidad (indique INTERNO, EXTERNO, MEDIA PENSIÓN O EXTRANJERO)

Sólo para alumnos internos:
Quiere dormir en el mismo cuarto que:

Sólo extranjero:
Número de Pasaporte Fecha de caducidad del pasaporte

Aeropuerto de salida (indique "Madrid", "Zona Norte" o "Levante")

Datos familiares

Nombre y dos apellidos del Padre

Edad del Padre Profesión del Padre

Nombre y dos apellidos de la Madre

Edad de la Madre Profesión de la Madre

Estado familiar (indicar "casados", "divorciados", etc.) Número de hermanos del participante

En caso de que el domicilio sea diferente durante la realización del curso, por favor indique a continuación la dirección del nuevo domicilio:

Dirección

Código Postal Población Provincia

Teléfonos de contacto para urgencias

Datos académicos

Nota media del curso anterior Idioma extranjero que estudia en el centro

Cualidades más sobresalientes en sus estudios

¿Asiste a la Escuela Oficial de Idiomas o extraescolares de inglés?

Actividades extraescolares que realiza

Deportes que practica

Otros centros en los que participa (Club de Tiempo Libre, Catequesis, etc.)

Datos médicos y de carácter

Indique si el participante sigue algún régimen especial de comidas recetado por el médico, si es celíaco o similares (por favor, adjunte informe médico en estos casos):

Indique si el participante sigue algún tratamiento médico (por favor, adjunte informe médico en estos casos). En caso afirmativo, indique si es capaz de administrarse él mismo su propia medicación:

Indique si el participante es alérgico a algún medicamento, alimento, polen, gramíneas o ácaros, sufre dermatitis y, en caso afirmativo, tratamiento médico a realizar:

Por favor, responda **SI** o **NO** a todas las siguientes afirmaciones:

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Es tranquilo | <input type="checkbox"/> | Es movido | <input type="checkbox"/> | Es callado | <input type="checkbox"/> | Es hablador | <input type="checkbox"/> | Es tímido |
| <input type="checkbox"/> | Es sociable | <input type="checkbox"/> | Es constante | <input type="checkbox"/> | Se cansa pronto | <input type="checkbox"/> | Colabora en las tareas familiares | | |
| <input type="checkbox"/> | Es ordenado | <input type="checkbox"/> | Le cuesta adaptarse | <input type="checkbox"/> | Plantea problemas a la hora de comer | <input type="checkbox"/> | Le gusta ir al cine | | |
| <input type="checkbox"/> | Puede plantear problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> | Le gusta salir a divertirse | <input type="checkbox"/> | Le gusta andar | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Le gusta leer libros, periódicos, revistas, tebeos | <input type="checkbox"/> | Le gusta ver la tele | <input type="checkbox"/> | Es colaborador en las actividades grupales | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Le gusta el campo | <input type="checkbox"/> | Se marea fácilmente | <input type="checkbox"/> | Infecciones de oído frecuentes | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Está vacunado de Tétanos, Difteria, Tosferina y Polio | | | <input type="checkbox"/> | Sufre asma o enfermedad crónica respiratoria | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Tiene terrores nocturnos | <input type="checkbox"/> | Padece incontinencia urinaria nocturna | | | | | | |

¿Hay algo que le impida realizar algún ejercicio físico? Indicar:

Cualquier anotación o comentario que nos quiera exponer, por favor indíquelo en este recuadro:

¿Sufre alguna deficiencia de sentidos...vista, oído, etc? Indicar:

Indicar si sabe nadar bien, regular o no sabe:

Confesión religiosa:

Las actividades y aficiones más frecuentes en los fines de semana son:

Domiciliación de recibos

Nombre y dos apellidos del alumno que realizará el curso

Importe total del curso Número de cuotas que desea recibir (indique 1, 2 ó 3)

¿Es Familia Numerosa? ¿Ha realizado la matrícula antes del 15/02/2010? ¿Hay algún otro hermano en cursos de Feyda?

Titular de la cuenta corriente donde domiciliar los pagos

Nombre del banco

Población de la oficina bancaria

Número de cuenta (por favor, compruebe que escribe correctamente los 20 dígitos bancarios)

MUY IMPORTANTE:

Puede fraccionar el pago total de la matrícula (sin cargo alguno por dividir el pago). Si así desea hacerlo, indiquenos en esta casilla el número de plazos que desea realizar, teniendo en cuenta que:

1. Si realiza la matrícula antes del 15 de Febrero: PUEDE REALIZAR EL PAGO HASTA EN TRES PLAZOS. Si realiza el **pago en un único plazo**, se cobrará el total en el momento de aceptar la matrícula. Si desea realizar el **pago en dos plazos**, se realizarán dos domiciliaciones (la mitad del total cada una), una en el momento de aceptar la matrícula y otra el 30/05/2010. Si desea realizar el **pago en tres plazos**, se realizarán tres domiciliaciones (un tercio del total cada una), una en el momento de aceptar la matrícula, la segunda el 30/03/2010 y la última el 30/05/2010.
2. Si realiza la matrícula entre el 15 de Febrero y el 30 de Abril: PUEDE REALIZAR EL PAGO HASTA EN DOS PLAZOS. Si realiza el **pago en un único plazo**, se cobrará el total en el momento de aceptar la matrícula. Si desea realizar el **pago en dos plazos**, se realizarán dos domiciliaciones (la mitad del total cada una), una en el momento de aceptar la matrícula y otra el 30/05/2010.
3. Si realiza la matrícula a partir del 30 de Abril: Sólo se puede realizar la matrícula en un único pago, que se cobrará en el momento de aceptar la matrícula.

Por favor, comuníquese con nosotros en el teléfono 902 052 885, antes de remitirnos la ficha, si desea:

- Realizar el pago por transferencia bancaria en vez de domiciliación.
- Fraccionar más el pago de los cursos de Año y Trimestre Escolar en Irlanda.

Seguimiento de recibos (Por favor, no escriba nada en este recuadro):

Declaración de conformidad

Declaro que son ciertos los datos anteriores y que conozco y acepto las Condiciones Generales de los Cursos Feyda, reflejados en el folleto adjunto y en el resto de folletos publicados por Feyda, incluida la página Web. Autorizo a mi hijo/a a participar en todas las actividades que se realizan en el curso seleccionado. Autorizo a Feyda a tomar las medidas que, a su juicio, sean precisas en caso urgente de enfermedad, accidente y/o intervención quirúrgica, después de haber oído a los facultativos y sólo en el caso de no haber sido posible nuestra localización en los domicilios indicados en este Formulario, renunciando a plantear por nuestra parte reclamación alguna a la organización Feyda, por posibles consecuencias de tales medidas. Asimismo, declaro que la Asociación Feyda está exenta de responsabilidad en los viajes de los alumnos desde su lugar de origen al centro Feyda y regreso. El responsable del centro podrá tomar las decisiones organizativas y disciplinarias que considere oportunas. Igualmente para el supuesto de expulsión del alumno, los padres o tutores acceden a que la Asociación Feyda disponga de la vuelta a casa del alumno como mejor considere. Asimismo, presto mi consentimiento para que la Asociación Feyda pueda publicar e insertar en cualquier medio propio de la Asociación las imágenes o fotografías tomadas a mi hijo durante el desarrollo de las actividades en las cuales se encuentre matriculado.

En cumplimiento del que dispone el artículo 5 de la Ley Orgánica 151999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de carácter personal que nos proporcione al rellenar este formulario, serán tratados de manera automatizada y se recogerán en un fichero del cual es responsable la Asociación Feyda. Los datos se conservarán incluso después de finalizar el curso para facilitar los trámites en el futuro. Podrá ejercer su derecho de acceso, modificación, cancelación y oposición de acuerdo con lo que prevee la ley solicitándolo por escrito a la dirección de Asociación Feyda.

Con mi firma, **declaro conocer todas las condiciones del curso o colonia a la que inscribo al participante, y permito a ASOCIACIÓN FEYDA a emitir, con cargo a mi cuenta corriente, los recibos** para el cobro del coste del curso. Soy consciente de que cualquier devolución de recibo conllevará el cargo de un suplemento de 20 euros por recibo devuelto.

Firmado, el padre, madre o tutor (en caso de ser menor de edad) o el participante (en caso de ser mayor de edad):

(Firmar aquí)

Nombre del firmante:

DNI del firmante:
