

INSCRIPCIÓ FORMACIÓ ANGLÈS CURS 2025-2026 – D' I5 A 4T D'ESO

Núm. de sol·licitud/sorteig:

DADES DE L'ALUMNE/A:

Nom: _____ Cognoms: _____ Nom sentit: _____

Data de naixement: _____ Adreça: _____

Municipi: _____ CP: _____ Curs finalitzat: _____

Pateix alguna malaltia o al·lèrgia coneguda? SI NO Quina? _____

Té alguna dificultat motriu? SI NO

Necessita un suport especial en les activitats de la vida diària? SI NO Quin tipus de suport? _____

Observacions: _____

DADES DE LA MARE/PARE/TUTOR/A:

Nom: _____ Cognoms: _____ Nom sentit: _____

DI _____ Adreça: _____ Municipi: _____ CP: _____

Telèfons de contacte: _____ Adreça electrònica: _____

SOL·LICITO:

Marcar amb una creu l'opció escollida:

Lloc on es prestarà el servei	Grups	Horari	Còmput	X
Mòdul pati escola bressol El Cuc	I5	17 a 18 h	1h / setmana	
Mòdul pati escola bressol El Cuc	1r i 2n	17 a 18 h	2h / setmana	
El Castell	De 3r a 6è	17 a 18 h	2h / setmana	
Escola Font de l'Orpina	I5	MIGDIA	1h / setmana	
Escola Font de l'Orpina	De 1r a 6è	MIGDIA	2h / setmana	
Institut de Vacarisses	De 1r a 4t d'ESO	15:25 a 16:25 h	2h / setmana	
Institut de Vacarisses	Batxillerat	15:25 a 16:25 h	2h / setmana	

☐ Que s'apliqui la bonificació del 10% de descompte per ser família nombrosa o monoparental. (És imprescindible presentar la documentació acreditativa per poder optar a aquesta bonificació)

AUTORITZACIONS:

Jo _____ amb DI _____ com a mare/pare/tutor/a de l'infant _____ declaro que les dades que consten al full d'inscripció són certes, em responsabilitzo que la inscripció al servei d'anglès s'ha fet amb l'acord de l'altre progenitor/a, si és el cas, i autoritzo al següent:

☐ A què el nostre fill/a assisteixi i realitzi el servei d'anglès organitzat per l'Ajuntament de Vacarisses, en les condicions establertes.

SI NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A rebre petites cures per part de l'equip de dirigents, en cas de necessitat. |
| ☐ | ☐ | A ser intervingut quirúrgicament o prendre qualsevol altra decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència i no poder localitzar al pare/mare/tutor/a. |
| ☐ | ☐ | Autoritzo l'Ajuntament de Vacarisses a fer filmacions i/o fotografies amb relació a les activitats de l'escola i li dono el meu consentiment per usar, reproduir, distribuir al públic, mostrar i presentar públicament les fotos i filmacions a internet, que s'han realitzat durant la seva estada a l'escola. |

I que estic assabentat del següent:

- És imprescindible disposar de l'autorització dels responsables legals dels infants per a realitzar la inscripció.
- Els grups estaran formats per mínim 8 alumnes i màxim 12, de coneixements d'anglès homogenis. Per determinar els grups es faran proves de nivell en els grups de l'institut.
- Inici: A partir de l'1 d'octubre de 2025 tots els grups excepte els de l'institut que iniciaran les classes a partir del 15 de setembre.
- Per inscriure's als cursos d'anglès a l'escola Font de l'Orpina cal que l'infant estigui matriculat a aquest centre.
- Que les baixes del servei s'han de comunicar mitjançant el registre d'una instància a l'Ajuntament i que no es retornarà l'import de la taxa a aquelles sol·licituds posteriors al dia 14 del mes anterior.

DOCUMENTS QUE CAL APORTAR:

- DI mare, pare o tutor/a.
- Targeta sanitària individual (TSI) de l'infant.
- Carnet de família nombrosa o monoparental, en cas d'haver sol·licitat la bonificació.

DADES BANCÀRIES:

Autoritzo el cobrament mensual al següent número de compte corrent:

País Iban Sucursal Oficina DC Compte

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

Titular del compte: _____ DI del titular: _____

Signatura del titular: _____

I perquè així consti,

Signatura pare/mare/tutor/a

Nom: _____

DI: _____

Vacarisses, a ____ de/d' _____ de 20 ____

Les dades consignades en aquest document són necessàries per a la resolució i notificació de la seva sol·licitud, i resten incorporades a un fitxer automatitzat de l'Ajuntament. Les dades de caràcter personal no poden ser cedides ni comunicades a tercers, llevat dels supòsits legalment previstos. La persona interessada pot exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació de les dades dirigint-se a l'OAC per presentar l'escrit corresponent. Estan protegides d'acord amb el que preveu la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de setembre, de Protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.