

INSCRIPCIÓN GRUPO DE CRIANZA
ASOCIACION LACMAD - ÁREA DE MUJER. AYTO. COLLADO VILLALBA
Enero - junio 2018

NOMBRE Y APELLIDOS LACTANTE ASISTENTE (Iniciales)	EDAD LACTANTE (meses)

NOMBRE Y APELLIDOS NIÑO ASISTENTE (Iniciales)	EDAD (años)

DATOS PERSONAS ADULTAS PARTICIPANTES

APELLIDOS:			
NOMBRE:	TELÉFONO/S:	FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO:			
POBLACIÓN:		NACIONALIDAD:	
DNI/NIE/Pasaporte:		E - MAIL:	
ESTUDIOS:		OCUPACIÓN LABORAL:	
		<input type="checkbox"/> Desempleada/o <input type="checkbox"/> Jefa/e de hogar (Ama/o de casa) <input type="checkbox"/> Jubilada/o <input type="checkbox"/> Empleada/o	
APELLIDOS:			
NOMBRE:	TELÉFONO/S:	FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO:			
POBLACIÓN:		NACIONALIDAD:	
DNI/NIE/Pasaporte:		E - MAIL:	
ESTUDIOS:		OCUPACIÓN LABORAL:	
		<input type="checkbox"/> Desempleada/o <input type="checkbox"/> Jefa/e de hogar (Ama/o de casa) <input type="checkbox"/> Jubilada/o <input type="checkbox"/> Empleada/o	

➤ **DERIVACIONES** desde otro departamento/organismo NO SI (especificar)

➤ **DISCAPACIDAD** NO SI

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____ FIRMA: _____

Los datos personales recogidos serán tratados con su consentimiento informado, en los términos del art. 5 Ley Orgánica 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001 de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la responsable del fichero (Concejala de Mujer).