

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN  
EN LA ASOCIACIÓN OROBAL

ASOCIADO N° \_\_\_\_\_



**DATOS PERSONALES DEL HIJO**

N.I.F. \_\_\_\_\_ 1° Apellido \_\_\_\_\_ 2° Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Certificado de discapacidad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Cert. Dependencia \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ N° de Hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa \_\_\_\_\_

Dirección CL. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DE LOS PADRES**

**MADRE**

N.I.F. \_\_\_\_\_ 1º Apellido \_\_\_\_\_ 2º Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

**PADRE**

N.I.F. \_\_\_\_\_ 1º Apellido \_\_\_\_\_ 2º Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATOS MEDICOS**

**Especialistas que lo tratan** \_\_\_\_\_

---

**Medicación que toma** \_\_\_\_\_

---

**Otros datos Médicos a tener en cuenta** \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES**

**Colegio en el que está escolarizado** \_\_\_\_\_ **Curso** \_\_\_\_\_

**Apoyos fuera del colegio** \_\_\_\_\_

**Actividades lúdicas** \_\_\_\_\_

**Datos a tener en cuenta** \_\_\_\_\_

### **Documentación adjuntar:**

- ❖ **Fotocopia del D.N.I. del Padre, la Madre y el Hijo.**
- ❖ **Una fotografías tamaño carnet.**
- ❖ **Fotocopia del Certificado de Discapacidad.**
- ❖ **Fotocopia del Certificado de dependencia.**
- ❖ **Fotocopias del informe y de las Historias médicas.**
- ❖ **Fotocopia de la cartilla del seguro.**
- ❖ **Fotocopia del certificado de incapacidad**

Se le informa que en cumplimiento de la legislación de datos personales, los datos de carácter personal incluidos en la presente solicitud de inscripción, así como los documentos adjuntos a la misma serán almacenados en unos ficheros propiedad de la Asociación de padres de disminuidos físicos y psíquicos OROBAL, denominados "Asociados" y "Clientes" notificados ante la Agencia Española de Protección de Datos personales, los cuales serán tratados con la finalidad de por una parte, llevar a cabo la gestión de los asociados y las actividades en las que éstos participan, el servicio de transporte, control de asistencia a terapias y elaboración de informes, y por otra parte, de la gestión y mantenimiento de la relación con los familiares y tutores legales de los asociados. Los datos personales relativos al fichero Asociados podrán ser cedidos a órganos de la administración pública, asociaciones sin ánimo de lucro y profesionales con competencia en la materia con la finalidad de llevar a cabo la coordinación entre profesionales que atienden al asociado y gestionar las posibles becas o subvenciones solicitadas. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos, así como revocar su consentimiento, mediante escrito, acompañado de copia del documento oficial que acredite su identidad, dirigido a la Asociación de padres de disminuidos físicos y psíquicos OROBAL, a través del correo electrónico [dirección@orobal.org](mailto:dirección@orobal.org) , o mediante correo ordinario a la Calle Oregon, Edificio Los Seres, Local 15. (CP) 38650 Los Cristianos. Arona. Santa Cruz de Tenerife.

He leído y acepto la cláusula anterior

**Los Cristianos a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2.0\_\_\_\_**

**Firma del usuario**

**Firma de la madre**

**Firma del padre**