



AUTORITZACIONS INICI DE CURS _____

ALUMNES MAJORS D'EDAT

Cognoms i nom de l'alumne:

Informació

Autoritzo que l'institut faciliti informació, sobre els assumptes relacionats amb els estudis que estic cursant, als meus pares o representants legals si aquests ho sol·liciten.

SI ☐ NO ☐

Assegurança

Em dono per assabentat/da que, en cas d'estar donat d'alta com treballador/a, estar percebent la prestació d'atur o tenir més de 28 anys, no compleixo els requisits per a poder gaudir de les prestacions derivades de l'assegurança escolar.

SI ☐ NO ☐

Necessitats Especials

Declaro que tinc algun tipus de necessitat física o cognitiva que requereix d'una atenció especial (especifiqueu-la):

SI ☐ NO ☐

Informació d'al·lèrgia o intolerància no alimentària

Tota al·lèrgia o intolerància no alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic.

Al·lèrgia ☐ intolerància ☐

De quin tipus d'al·lèrgia es tracta?

Per inhalació ☐

Contacte ☐

Ingesta ☐

Especifiqueu quins:

PROTECCIÓ DE DADES

Em dono per assabentat/da que, d'acord amb l'article 5è de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal:

Les dades personals proporcionades a l'INS Escola d'Ostalària Les-Val d'Aran són incorporades i tractades en els fitxers: "Autoritzacions inici de curs", el responsable dels quals és la direcció del centre educatiu.

Les dades personals proporcionades a l'INS Escola d'Ostalària Les-Val d'Aran es destinen únicament a la gestió acadèmica del centre educatiu en l'exercici de la seva funció docent i orientadora.

Tinc dret a accedir, rectificar i cancel·lar les meves dades i oposar-me al seu tractament, en les condicions previstes en la legislació vigent, dirigint-me per escrit al responsable de fitxers.

SI ☐ NO ☐



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Institut d'Ostalària Les-Val d'Aran



Cofinanciado por el
programa Erasmus+
de la Unión Europea

Les, ____ de _____ de ____

Signatura de l'alumne