

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PADRES**

A la atención del Secretario de  
la Asociación STILL  
C/ Ramón Berenguer III, 5 - Bajos  
07003 Palma de Mallorca  
Tel. 971-498 667

Fecha Nacimiento de su Hijo/a Afectado:

\_\_\_\_\_

Colegio:

\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

TEL. PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_

TEL. MÓVIL: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

TEL. PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_

TEL. MÓVIL: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA**

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NÚM.: \_\_\_\_\_ PLANTA: \_\_\_\_\_ PUERTA: \_\_\_\_\_ ESCALERA: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN BANCARIA**

Por la presente, y hasta nuevo aviso, autorizo a STILL (C.I.F. Nº J-57066318) a cargar en mi/nuestra cuenta los recibos de  100 € anuales (1 cuota)  50 € semestrales (2cuotas)  25 € trimestrales (4 cuotas)  125 €  150 €  ..... € anuales que presente la Asociación (\*).

TITULAR/ES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚM. DE CTA.

Firma del padre:

Firma de la madre:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(\*) Marque lo que proceda. La cuota anual por unidad familiar es de 100 € mínimo.**

Sus datos serán incorporados a la base de datos de la asociación STILL con el objeto de mantenerle informado de nuestras actividades y, en ningún caso, se destinarán a otros fines. Sus datos se mantendrán confidenciales, no serán cedidos a terceras personas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales. En cualquier momento usted puede proceder a cancelar o rectificar esta autorización, enviando un escrito a la asociación STILL.