



SOL·LICITUD de matriculació per a ESCOLA MATINERA 2026-2027

Solicitud de matriculación para la Escuela Matinera 2025-2026 / Marque totes les caselles amb * / Marque todas las Casillas con *

Dades del/dels progenitors o representant legal / Datos de los progenitores o representante legal *		
Nom i cognoms progenitor/ Nombre y apellidos		DNI / NIF
Representant legal / Representante legal		DNI / NIF
Adreça / Dirección		Localitat / Localidad CP
Telèfon 1 / Teléfono 1	Telèfon 2 / Teléfono 2	Adreça electrònica @ / Dirección electrónica @
Dades del/dels progenitors o representant legal (en cas de separació o divorci dels progenitors i custòdia compartida) / Datos de los progenitores o representante legal (en caso de separación o divorcio de los progenitores y custodia compartida)		
Nom i cognoms progenitor / Nombre y apellidos		DNI / NIF
Representant legal / Representante legal		DNI / NIF
Adreça / Dirección		Localitat / Localidad CP
Telèfon 1 / Teléfono 1	Telèfon 2 / Teléfono 2	Adreça electrònica @ / Dirección electrónica @

Notificacions (en cas de persones físiques) / Notificaciones (en caso de personas físicas)	
☐	Autoritze a rebre les notificacions per mitjans electrònics a través de l'adreça electrònica i telèfon indicats en nº 1 Autorizo a recibir las notificaciones por medios electrónicos a través de la dirección electrónica y teléfono indicados en nº1

PARTICIPANT 1 / Participante1*		
Nom i cognoms / Nombre y apellidos	Data de naixement / Fecha de nacimiento	Edat / Edad
Curs escolar matriculat 2026-27 / Curso escolar matriculado 2026-27 ☐ 3 anys Infantil ☐ 4 anys Infantil ☐ 5 anys Infantil ☐ 1r PRI ☐ 2n PRI ☐ 3r PRI ☐ 4t PRI ☐ 5é PRI ☐ 6é PRI		
Col·legi matriculat 2026-27 / colegio matriculado curso 2026/27: ☐ CEIP El Patí ☐ CEIP Lluís Vives ☐ CEIP Reis Catòlics ☐ CEIP Sant Roc ☐ CEIP Verge Desemparats		
Horari sol·licitat / Horario solicitado		
☐ De 7:30 a 9:00 h 25 € / mes	☐ De 8:00 a 9:00 h 20 € / mes	☐ De 8:30 a 9:00 h 15 € / mes
Informació sanitària / Información sanitaria		
Targeta sanitària. Núm. SIP Targeta sanitaria. Núm. SIP	O	Assegurança privada. Núm. Seguro privado. Núm.
☐ Sí ☐ No L'alumne/a pateix alguna malaltia que pugui afectar el funcionament normal de l'activitat? / El alumno/a sufre alguna enfermedad que pudiera afectar al funcionamiento normal de la actividad?		
En el cas afirmatiu, cal aportar informe mèdic. / En caso afirmativo, aportar informe médico		
Observacions / Observaciones:		

Les dades personals facilitades seran tractades per l'Ajuntament de Silla com a responsable de tractament, amb la finalitat de dur a terme la gestió administrativa del tràmit que sol·licita i les imprescindibles seran cedides a l'empresa dels monitors/es per poder desenvolupar l'activitat. Vosté podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit acompanyat del NIF en la Seu Electrònica de l'Ajuntament de Silla o a la persona delegada de protecció de dades (dpd@silla.es). També es pot fer presencialment a l'Oficina d'Assistència a la Ciutadania (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que s'ha vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, pot interposar una reclamació davant de l'Agència Estatal de Protecció de Dades (www.aepd.es).

Los datos personales facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Silla como responsable de tratamiento, con el fin de llevar a cabo la gestión administrativa del trámite que solicita y las imprescindibles serán cedidas a la empresa de monitores/as para poder desarrollar la actividad. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito acompañado del NIF en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Silla o a la persona delegada de protección de datos (dpd@silla.es). También se puede hacer presencialmente a la Oficina de Asistencia a la Ciudadanía (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que se ha vulnerado su derecho a la protección de datos personales, puede interponer una reclamación ante la Agencia Estatal de Protección de Datos (www.aepd.es).



AJUNTAMENT de SILLA

PARTICIPANT 2 / Participante 2*

Nom i cognoms / Nombre y apellidos	Data de naixement / Fecha de nacimiento	Edat / Edad
Curs escolar matriculat 2026-27 / Curso escolar matriculado 2026-27 ☐ 3 anys Infantil ☐ 4 anys Infantil ☐ 5 anys Infantil ☐ 1r PRI ☐ 2n PRI ☐ 3r PRI ☐ 4t PRI ☐ 5é PRI ☐ 6é PRI		
Col·legi matriculat 2026-27 / colegio matriculado curso 2026/27: ☐ CEIP El Patí ☐ CEIP Lluís Vives ☐ CEIP Reis Catòlics ☐ CEIP Sant Roc ☐ CEIP Verge Desemparats		
Horari sol·licitat / Horario solicitado		
☐ De 7:30 a 9:00 h 25 € / mes	☐ De 8:00 a 9:00 h 20 € / mes	☐ De 8:30 a 9:00 h 15 € / mes
Informació sanitària / Información sanitaria		
Targeta sanitària. Núm. SIP ☐ 0 Assegurança privada. Núm. ☐		
Targeta sanitària. Núm. SIP ☐ Seguro privado. Núm. ☐		
☐ Sí ☐ No L'alumne/a pateix alguna malaltia que pugui afectar el funcionament normal de l'activitat? El alumno/a sufre alguna enfermedad que pudiera afectar al funcionamiento normal de la actividad?		
En el cas afirmatiu, cal aportar informe mèdic. / En caso afirmativo, aportar informe médico		
Observacions / Observaciones:		

PARTICIPANT 3 / Participante 3*

Nom i cognoms / Nombre y apellidos	Data de naixement / Fecha de nacimiento	Edat / Edad
Curs escolar matriculat 2026-27 / Curso escolar matriculado 2026-27 ☐ 3 anys Infantil ☐ 4 anys Infantil ☐ 5 anys Infantil ☐ 1r PRI ☐ 2n PRI ☐ 3r PRI ☐ 4t PRI ☐ 5é PRI ☐ 6é PRI		
Col·legi matriculat 2026-27 / colegio matriculado curso 2026/27: ☐ CEIP El Patí ☐ CEIP Lluís Vives ☐ CEIP Reis Catòlics ☐ CEIP Sant Roc ☐ CEIP Verge Desemparats		
Horari sol·licitat / Horario solicitado		
☐ De 7:30 a 9:00 h 25 € / mes	☐ De 8:00 a 9:00 h 20 € / mes	☐ De 8:30 a 9:00 h 15 € / mes
Informació sanitària / Información sanitaria		
Targeta sanitària. Núm. SIP ☐ 0 Assegurança privada. Núm. ☐		
Targeta sanitària. Núm. SIP ☐ Seguro privado. Núm. ☐		
☐ Sí ☐ No L'alumne/a pateix alguna malaltia que pugui afectar el funcionament normal de l'activitat? El alumno/a sufre alguna enfermedad que pudiera afectar al funcionamiento normal de la actividad?		
En el cas afirmatiu, cal aportar informe mèdic. / En caso afirmativo, aportar informe médico		
Observacions / Observaciones:		

Modalitat de pagament / Modalidad de pago

☐ Domiciliació bancària (ús del servei tot el curs escolar) / Domiciliación bancaria (uso del servicio todo el curso escolar)
☐ Autoliquidació (ús del servei mesos solts o Bono 5 dies) / Autoliquidación (uso del servicio meses sueltos o Bono 5 días)
Els bonos seran nominatius, es retiraran al Departament d'Educació i no seran reemborsables en cas de no utilitzar-se Dlos bonos serán nominativos, se retirarán en el Departamento de Educación y no serán reemborsables en caso de no utilizarse

Les dades personals facilitades seran tractades per l'Ajuntament de Silla com a responsable de tractament, amb la finalitat de dur a terme la gestió administrativa del tràmit que sol·licita i les imprescindibles seran cedides a l'empresa dels monitors/es per poder desenvolupar l'activitat. Vosté podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit acompanyat del NIF en la Seu Electrònica de l'Ajuntament de Silla o a la persona delegada de protecció de dades (dpd@silla.es). També es pot fer presencialment a l'Oficina d'Assistència a la Ciutadania (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que s'ha vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, pot interposar una reclamació davant de l'Agència Estatal de Protecció de Dades (www.aepd.es).

Los datos personales facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Silla como responsable de tratamiento, con el fin de llevar a cabo la gestión administrativa del trámite que solicita y las imprescindibles serán cedidas a la empresa de monitores/as para poder desarrollar la actividad. Usted podrá ejercir los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito acompañado del NIF en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Silla o a la persona delegada de protección de datos (dpd@silla.es). También se puede hacer presencialmente a la Oficina de Asistencia a la Ciudadanía (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que se ha vulnerado su derecho a la protección de datos personales, puede interponer una reclamación ante la Agencia Estatal de Protección de Datos (www.aepd.es).



Autorització mèdica / Autorización médica

En una urgència mèdica se seguirà el protocol establert per resolució d'1 de setembre de 2016 de la Conselleria d'Educació i de Conselleria de Sanitat

En una urgencia médica se seguirá el protocolo establecido por resolución de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación y de Conselleria de Sanidad.

Documentació que s'hi adjunta / Documentación que se adjunta

Obligatòria / Obligatoria

- ☐ Imprés acreditatiu d'haver ingressat el preu de la inscripció / Impreso acreditativo de haber ingresado el precio de la inscripción.
- ☐ Còpia de la targeta SIP de la persona inscrita / Copia de la tarjeta SIP de la persona inscrita

Documentació si escau / Documentación si procede:

- ☐ Document que acredite la representació, / Documento que acredite la representación
- ☐ Informe mèdic / Informe médico
- ☐ Resolució judicial o conveni regulador en cas de separació o divorci dels progenitors actualment en vigor.
Resolución judicial o convenio regulador en caso de separación o divorcio de los progenitores en vigor.
- ☐ Resolució administrativa d'acolliment familiar / Resolución administrativa de acogida familiar

Silla, ____ de / d' _____ de 20 ____

Firma del /dels progenitors o representant legal
Firma del o representante legal

La persona que signa DECLARA, sota la seua responsabilitat, que totes les dades contingudes en aquest document són certes. Que disposa de la documentació acreditativa i està assabentat que se li pot requerir la seua presentació i/o fer les comprovacions necessàries.

La persona que firma DECLARA, bajo su responsabilidad, que todos los datos contenidos en este documento son ciertos. Que dispone de la documentación acreditativa y está enterado de que se puede requerir su presentación y/o hacer las comprobaciones necesarias.

Les dades personals facilitades seran tractades per l'Ajuntament de Silla com a responsable de tractament, amb la finalitat de dur a terme la gestió administrativa del tràmit que sol·licita i les imprescindibles seran cedides a l'empresa dels monitors/es per poder desenvolupar l'activitat. Vosté podrà exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit acompanyat del NIF en la Seu Electrònica de l'Ajuntament de Silla o a la persona delegada de protecció de dades (dpd@silla.es). També es pot fer presencialment a l'Oficina d'Assistència a la Ciutadania (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que s'ha vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, pot interposar una reclamació davant de l'Agència Estatal de Protecció de Dades (www.aepd.es).

Los datos personales facilitados serán tratados por el Ayuntamiento de Silla como responsable de tratamiento, con el fin de llevar a cabo la gestión administrativa del trámite que solicita y las imprescindibles serán cedidas a la empresa de monitores/as para poder desarrollar la actividad. Usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito acompañado del NIF en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Silla o a la persona delegada de protección de datos (dpd@silla.es). También se puede hacer presencialmente a la Oficina de Asistencia a la Ciudadanía (OAC) (Pl. Mercat Vell, 4). Si considera que se ha vulnerado su derecho a la protección de datos personales, puede interponer una reclamación ante la Agencia Estatal de Protección de Datos (www.aepd.es).