

## BAJA DE SERVICIOS

### DATOS DEL ALUMNO

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

COMEDOR	
HORARIO AMPLIADO MAÑANA	
HORARIO AMPLIADO TARDE (INFANTIL)	
MIS TAREAS	
OTROS SERVICIOS	

En Madrid a ..... de ..... de 20.....

Firma del padre/madre/tutor legal

Firma del padre/ madre/tutor legal

En cumplimiento con el Reglamento General de Protección de Datos de mayo de 2016, le informamos que los datos personales que nos facilite mediante el presente formulario, serán incluidos en ficheros responsabilidad del INSTITUTO HISPANOAMERICANO DE LA PALABRA S.C.M. Dichos datos permanecerán en nuestros ficheros durante el curso escolar en el que se tramita la baja. Usted consiente expresamente que tratemos dichos datos con las siguientes finalidades: **comunicación con la familia.**

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición personalmente o mediante correo ordinario dirigido al INSTITUTO HISPANOAMERICANO DE LA PALABRA S.C.M, [calle Playa de Barlovento 14, 28042](#) de Madrid. Para ejercer dichos derechos, y en cumplimiento de la Instrucción 1/1998, de 19 de enero, de la Agencia Española de Protección de Datos, es necesario que usted acredite su personalidad mediante el envío de fotocopia de su DNI o cualquier medio válido en derecho.