



Agustiniano Suba
MONTES

**INSCRIPCIÓN DE ESCUELAS
DE FORMACIÓN**

VERSIÓN: 06
CÓDIGO : FRCASDC18
FECHA : Febrero 27 de 2020

INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES AÑO: _____

NOMBRE ESCUELA DE FORMACIÓN: _____

Nombres y apellidos del Estudiante _____ **Curso:** _____

EPS: _____ **RH** _____

Recomendación médica.

Nombre padre de Familia: _____ **Celular.** _____

Correo electrónico: _____

Nombre madre de Familia: _____ **Celular.** _____

Correo electrónico: _____

Firma padre de familia
C.C. No

Firma madre de Familia
C.C. No

NOTA:

Es requisito que todos los estudiantes participantes de las escuelas de formación tengan vigente el seguro estudiantil. Para externos entregar certificado de afiliación de la EPS.

En caso de accidente prestamos primeros auxilios e informamos a los padres inmediatamente.

Los estudiantes no deben traer objetos de valor a las clases, no se responde por ningún tipo de elemento perdido.

Por ningún motivo se hace reposición de dinero ni reposición de días por inasistencia a las clases.

Información sobre el Tratamiento de Datos

Elaboró: Calidad	Revisó: Rectoría	Aprobó: Rectoría
----------------------------	----------------------------	----------------------------



**INSCRIPCIÓN DE ESCUELAS
DE FORMACIÓN**

VERSIÓN: 06
CÓDIGO : FRCASDC18
FECHA : Febrero 27 de 2020

De conformidad con la legislación legal vigente y la *Política Institucional de Tratamiento de Datos Personales* el tratamiento de los datos que se reportan en este formato, se regirá por las siguientes condiciones:

a) La finalidad de la información reportada en este Formato es recibir la autorización por parte de los padres de familia, para que su hijo participe en las escuelas de formación deportiva y artística de la Institución, actividades que estarán a cargo de educadores contratados por la Institución.

b) Toda la información consignada en esta Ficha será tratada de acuerdo con la *Política Institucional de Tratamiento de Datos Personales* del Colegio que se halla disponible en su página Web.

c) Los siguientes son los derechos básicos que tienen los titulares de los datos que se suministran en este formato: 1) Todos los datos registrados en este formato sólo podrán ser empleados por quienes tengan acceso a ellos en virtud de la finalidad manifestada anteriormente; 2) En cualquier momento puede solicitar una consulta de la información con que el Colegio cuenta, dirigiéndose al *Oficial Institucional de Tratamiento de Datos* de la Institución; 3) En cualquier momento puede retirar esta autorización, dirigiéndose al *Oficial Institucional de Tratamiento de Datos* de la Institución; 4) El Colegio velará por la confidencialidad y privacidad de los datos personales de los titulares que están siendo reportados, según las disposiciones legales vigentes.

d) Los educadores encargados de las escuelas de formación de la Institución velarán por la confidencialidad y privacidad de los datos personales de los titulares, que están siendo reportados en este Formato, según las disposiciones de la *Política Institucional de Tratamiento de Datos Personales* del Colegio.

e) El *Oficial Institucional de Tratamiento de Datos Personales* de la Institución responsable del tratamiento de datos es Fabiola Bohórquez y puede ser contactada en la siguiente dirección electrónica: usodedatos@agustinianosuba.edu.co

Se firma en la ciudad de Bogotá, a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

Fecha: _____

Elaboró: Calidad	Revisó: Rectoría	Aprobó: Rectoría
----------------------------	----------------------------	----------------------------