



**ESCUELA DE FAMILIAS:**

Pequeños (0 a 6)  
Adolescentes

Primaria (7 a 12)  
Matrimonios

## MÁSTER IEEE EN EDUCACIÓN FAMILIAR:

**PADRE:**

*(Nombre y Apellidos)*

Profesión:  
Teléfono Móvil:  
Email:

**MADRE:**

*(Nombre y Apellidos)*

Profesión:  
Teléfono Móvil:  
Email:

**DIRECCIÓN.**

Dirección Postal:  
Ciudad:  
C.P. :  
Teléfono Casa:

**HIJOS:**

**NOMBRE**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**NOMBRE**

**FECHA DE NACIMIENTO**

Deseo matricularme en los cursos seleccionados, por la cuota trimestral de \_\_\_\_\_ euros.

**DOMICILIACIÓN BANCARIA:**

**TITULAR:**

**ENTIDAD**

**OFICINA**

**D.C.**

**Nº de CUENTA**

**FECHA:**



En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, el Instituto Europeo de Estudios de la Educación (IEEE) le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione al cumplimentar este formulario, serán objeto de tratamiento y recogidos en un fichero de datos cuyo responsable es el Instituto Europeo de Estudios de la Educación (IEEE).

En cumplimiento de esta ley, el IEEE no realizará ninguna cesión total o parcial de dichos datos a ninguna empresa u organización ni los utilizará para otro fin que no sea el descrito en el párrafo anterior. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos y plazos establecidos por la L.O. 15/1999, dirigiéndose a: [ieee@ieee.com.es](mailto:ieee@ieee.com.es)