



# MONTESORRI KINDER BARCELONA

## INSCRIPCIÓN CASAL DE SEMANA SANTA 2026

### FORMULARIO PDF RELLENABLE EN ORDENADOR

Nombre del / de la niñ@

Primer apellido

Segundo apellido

Número de identidad

Lugar y fecha de nacimiento

Nacionalidad

Género

1. Nombre herman@

Fecha de nacimiento

2. Nombre herman@

Fecha de nacimiento

1

Nombre y apellido madre/ padre/ tutor legal

Lugar de nacimiento y fecha

Nacionalidad

Dirección y código postal

Profesión y cargo

E-mail

Teléfono móvil

Teléfono móvil con Whatsapp  
(en el caso de ser diferente)

Teléfono casa

Teléfono y nombre de otra persona de contacto

2

Nombre y apellido madre/ padre/ tutor legal

Lugar de nacimiento y fecha

Nacionalidad

Dirección y código postal

Profesión y cargo

E-mail

Teléfono móvil

Teléfono móvil con Whatsapp  
(en el caso de ser diferente)

Teléfono casa

Teléfono y nombre de otra persona de contacto

## 1. INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS Y PRECIOS

Tengo en mi conocimiento los siguientes servicios y precios:

|                  |                                         | Niñ@s de MKB o herman@s |                     | Niñ@s extern@s |                     |
|------------------|-----------------------------------------|-------------------------|---------------------|----------------|---------------------|
| Horarios         |                                         | 1º hij@                 | siguientes herman@s | 1º hij@        | siguientes herman@s |
| Acogida temprana | 8:00 hs a 9:00 hs                       | 20 €                    | 19 €                | 21 €           | 20 €                |
| Total de 4 días  | 9:00 a 13:00 hs (0 a 3 años) con comida | 104 €                   | 100 €               | 109 €          | 105 €               |
|                  | 9:00 a 14:00 hs (3 a 6 años) con comida | 104 €                   | 100 €               | 109 €          | 105 €               |
|                  | 9:00 a 17:00 hs con comida              | 136 €                   | 132 €               | 141 €          | 137 €               |

## 2. CONFORMIDAD

Me comprometo a pagar el importe en euros resultante según las condiciones de inscripción y de pago que obran en mi conocimiento:

| Semana / Días           | 09:00 a 13:00 hs<br>(0 a 3 años) | 09:00 a 14:00 hs<br>(3 a 6 años) | 09:00 a 17:00 hs         | 08:00 a 09:00 hs<br>(Acogida) | Importe en Euros     |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------|
| 4 días (30.03 al 02.04) | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="text"/> |
| Lunes 30.03             | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="text"/> |
| Martes 31.03            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="text"/> |
| Miércoles 01.04         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="text"/> |
| Jueves 02.04            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="text"/> |
| Total                   |                                  |                                  |                          |                               | <input type="text"/> |

Matrícula de inscripción: no se cobra en ningún caso.

## 3. CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN Y DE PAGO

Tengo conocimiento de las siguientes condiciones de inscripción y de pago:

- El pago se realizará por transferencia bancaria.
- La inscripción se realiza mediante formulario y con firma original.
- Los importes abonados no se devolverán en caso de no asistencia, salvo baja por enfermedad con justificante médico, en cuyo caso se devolverá el 50% del importe abonado.
- Los horarios son fijos divididos en dos turnos: 9:00-13:00 hs (0 a 3 años) / 9:00-14:00 hs (3 a 6 años) y 9:00-17:00 hs. L@s niñ@s traen el desayuno y la merienda de casa.
- La Asociación se reserva el derecho de admisión y permanencia de l@s niñ@s y a no abrir o a cerrar cursos por falta de plazas, así como cambiar de local si fuera conveniente.
- La inscripción obliga a realizar los pagos según consta en la matrícula firmada y no se harán excepciones de ningún tipo.

#### 4. PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Me comprometo a realizar el pago del importe en euros correspondiente al punto 2 por transferencia bancaria a la siguiente cuenta:

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| Banco                | BANCO POPULAR                 |
| Código SWIFT         | BSCHEMMXXX                    |
| Número IBAN          | ES86 0075 0136 6306 0069 9601 |
| Titular de la cuenta | Educación Multilingüe         |

#### 5. AUTORIZACIÓN RECOGIDAS

Autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hij@ además de madre, padre o tutor legal:

| Nombre y apellidos   | Relación con el/la niñ@ | DNI / NIE / Pasaporte | Teléfono móvil       |
|----------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |

#### 6. AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN ANTITÉRMICO

Autorizo la administración de un antitérmico (paracetamol) en caso de que mi hij@ lo requiera:

Sí ☐ A partir de  °C

No ☐

No se aceptará la entrada en el espacio de ningún@ niñ@ que presente los siguientes síntomas: temperatura superior a 37,5 °C, diarrea, infecciones en la boca, erupciones y otras alteraciones de la piel, conjuntivitis, etc. Si el niñ@ presenta síntomas de enfermedad durante su estancia en el espacio se avisará a los padres para que lo recojan. Se le administrará un antitérmico en caso de que estuviera autorizado durante el lapso de tiempo que medie hasta ser recogido por sus padres o personas autorizadas.

En MKB las educadoras sólo están autorizadas a administrar medicación en casos excepcionales: paracetamol en caso de subida de fiebre y medicamentos de emergencias en caso de alergias, etc. Ambos casos deben estar autorizados por escrito por los padres. Las educadoras no realizarán tratamientos preventivos ni tratamientos a largo plazo. Pedimos a las familias que reorganicen los horarios de estos tratamientos, ajustando la pauta y la dosis a los horarios de casa.

El/la niñ@ podrá volver al grupo 24 a 48 hs después de ausencia de los síntomas de enfermedad (incluyendo diarreas).

**7. ALERGIAS ALIMENTARIAS U OTROS SÍNTOMAS**

Declaro que mi hij@ padece de las siguientes alergias alimentarias u otros síntomas que requieren atención especial. (Es obligatoria la presentación de un certificado médico)

Sí ☐ ¿Cuáles?

No ☐

**8. NECESIDADES ESPECIALES**

Declaro que mi hij@ requiere de algún tipo de acompañamiento para atender sus necesidades especiales:

Sí ☐ ¿Cuál?

No ☐

**9. VACUNACIÓN**

Declaro que mi hij@ está vacunado siguiendo el calendario de vacunas de la Agència de Salut de Barcelona o del calendario de vacunación de otro país.

Sí ☐ ¿Siguiendo qué calendario?

No ☐

MKB no tiene la potestad de obligar a la vacunación. Por ley en España la vacunación es un derecho individual, no una obligación.

En caso de enfermedad contagiosa, la familia debe informarnos para que podamos avisar al resto de familias y éstas vigilen los síntomas en sus hij@s. En caso de una enfermedad contagiosa tanto l@s niñ@s vacunados como l@s no vacunad@s pueden contagiar a otr@s niñ@s.

Ante una enfermedad contagiosa grave, el aviso a la Agència de Salut es obligación del médic@ que atiende el caso. Como centro también contactamos con la Agència de Salut en los casos que las familias nos informan.

**10. SALIDAS**

Autorizo a mi hij@ a realizar salidas en grupo en todo momento en que el centro así lo decida, con fines pedagógicos a parques y a otros sitios de interés acompañada/o por personal del centro.

**11. SERVICIO DE PEDIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL / PSICOPEDAGOGÍA**

Autorizo las consultas pediátricas por videollamada, así como las observaciones de la psicóloga infantil o psicopedagoga, ambos servicios contratados por MKB.

Sí ☐

No ☐

## 12. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES

MKB dispone de varios medios de difusión y reproducción de imágenes donde informa de sus actividades pedagógicas. En estos medios se pueden publicar imágenes en las que aparezcan, individualmente o en grupo, niñ@s realizando las actividades mencionadas. Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18. 1 de la Constitución Española y regulado por la Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, la dirección de este centro pide consentimiento a los padres o tutores legales para poder publicar imágenes donde aparezcan sus hij@s y en las cuales se identifiquen claramente.

Autorizo a que la imagen de mi hij@ pueda aparecer en imágenes correspondientes a actividades escolares lectivas, complementarias y extraescolares organizadas por el centro docente y publicadas para uso interno con acceso de todas las familias inscritas, como, por ejemplo aplicación online de uso escolar como google classroom app, presentaciones trimestrales en formato power point, booklets online o impresos etc.

| Autorizo que estas mismas imágenes puedan ser reproducidas en los siguientes medios: | Sí                       | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| las redes sociales y la página web del centro                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| filmaciones destinadas a la difusión pública no comercial                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fotografías para revistas o publicaciones de ámbito educativo                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| flyers y pósters                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| documentación en pedido de subvenciones                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 13. ARCHIVO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que sus datos personales serán introducidos en nuestro fichero automatizado de datos personales que será destinado a la gestión de la relación con los clientes así como a promocionar las actividades de MKB. Para ejercitar su derecho de acceso, modificación, cancelación u oposición a su tratamiento le rogamos lo haga a través de correo electrónico a [secretariakinder@gmail.com](mailto:secretariakinder@gmail.com) o bien de manera presencial o por correo postal dirigido a la siguiente dirección: C/ Llatzeret 9, bajos izq., 08005 Barcelona.

## 14. ¿DÓNDE NOS HA CONOCIDO?

## 15. CERTIFICO QUE MI HIJ@ PARTICIPARÁ BAJO MI ENTERO CONOCIMIENTO Y RESPONSABILIDAD EN EL CURSO EN EL QUE SE HA INSCRITO. FIRMO CONFORME CON LA TOTALIDAD DEL CONTENIDO DE ESTA INSCRIPCIÓN.

Nombre de la persona que firma

Firma

DNI/NIE/Pasaporte del firmante

Lugar y fecha