

Full d'inscripció Autorització de participació + fitxa de salut

CASALET DE CARNESTOLTES (5, 8 i 9 de febrer)



Entitat organitzadora: LA BAMBALINA 2006 (Mònica Sanchis)

Dades de l'alumne

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Adreça:

Codi postal:

Població:

Telèfon1:

Telèfon 2:

Telèfon 3:

Correu electrònic(2):

(2) Poseu el correu electrònic que s'entengui bé

Documents que cal adjuntar

- 1) Aquests fulls de matriculació (Dues pàgines) degudament signats pels pares o tutor
- 2) 1 còpia del resguard del pagament (EL NÚMERO DE COMPTE ESTÀ ESPECIFICAT MÉS AVALL)
- 3) Fotocòpia de la targeta de la seguretat social o de la mútua on està inscrit l'alumne/a

Autorització de participació

Autoritzo al meu fill/a o tutelat/da quines dades consten més amunt a participar a totes les activitats programades en aquesta activitat de lleure en el qual s'inscriu.

Tanmateix l'autoritzo expressament per a:

- Que pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia
- Que el personal responsable d'aquesta activitat el pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica, emprant les mesures de seguretat pertinents

Indiqueu posant una creu si l'autoritzeu o no a:

- Tornar tot sol/a a casa finalitzada l'activitat: Sí No
- Altres autoritzacions que facin falta segon l'activitat: Sí No

DATES I HORARIS (especifiqueu els dies i l'horari que us interessin)

Un dia de 8:30 a 13:15-----10€

Un dia de 8:30 a 15:15-----15€

Un dia de 8:30 a 17:00-----20€

Dies i

horaris

NÚMERO DE COMPTE ON FER L'INGRÉS: 2100-0002-53-0201498133

Firma del pare/mare o tutor/a

Nom i cognoms de qui firma:.....

DNI de qui firma:.....

Data:de del 201...

Full d'inscripció

Autorització de participació + fitxa de salut

Fitxa de salut

Ompliu la fitxa de salut amb totes aquelles dades que creieu necessàries que ens heu d'informar. La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 137/2003 de 10 de juny, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal

Nom i cognoms de l'alumne/a:.....

Impediments físics o psíquics:

Indiqueu si el vostre fill o filla té algun impediment que hàgim de tenir en compte

Malalties cròniques i/o al·lèrgies:

*Indiqueu si el vostre fill o filla té alguna malaltia crònica o recurrent que hàgim de tenir en compte.
Indiqueu si té alguna al·lèrgia o intolerància i quines mesures hem de prendre*

Medicació amb indicació d'horaris i quantitat:

Indiqueu si el vostre fill o filla s'ha de prendre algun medicament indicant horaris i quantitats

Possible règim que escaigui:

Indiqueu clarament si hi ha alguna cosa que el vostre fill o filla no pot menjar

Informació de qualsevol altre qüestió que es consideri necessària:

Indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessari que sapiguem

Firma del pare/mare o tutor/a

Nom i cognoms de qui firma:.....

DNI de qui firma:.....

Data:de del 201...
