

A TENIR EN COMPTE!

- Cal entregar la fitxa d'inscripció **físicament** al nostre local del C/ Faraday, 98, el proper **DISSABTE 12 de 16:30 a 20 i DIUMENGE 13 de 10 a 13:30**. Trobareu un representat de cada grup per tal de comentar assumptes o necessitats especials referents a l'infant.
- Recordeu adjuntar:
 - ◆ **FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA I DEL DNI**
 - ◆ **FOTO RECENT DEL NOI/A**
- El preu de l'activitat:
 - 40 € al trimestre
 - 110 € si es paga tot l'any de cop.
- Cal abonar la totalitat abans de 30 dies des del dia de les inscripcions al compte següent:

IBAN ES05 2100 - 3099 - 8722 - 0029 – 5586

NO us oblideu d'indicar el NOM i el GRUP DEL NEN/A al fer l'ingrés!

Per qualsevol dubte podeu enviar un correu electrònic a: cepituesplai@gmail.com

DADES DEL RESPONSABLE LEGAL I AUTORITZACIÓ PATERNA

El/La Sr./Sra. _____ amb DNI nº _____ autoritza al fill/a _____ a assistir a l'activitat organitzada per aquesta entitat.

Fa extensiva aquesta autorització a:

- Que el personal mèdic pugui intervenir d'urgència (decisions mèdiques i quirúrgiques) al participant si així ho creu necessari, en el cas que no s'hagi pogut contactar amb la família.
- En cas de no estar protegit amb les vacunes corresponents a l'edat assenyalades a la salut pública, assumeixo totes les responsabilitats que puguin derivar-se'n.

FITXA D'INSCRIPCIÓ

CURS 2019-2020

ESPLAI GRUP DE



DADES PERSONALS

Cognoms _____
 Nom _____
 DNI _____
 Data de naixement _____ (foto)
 Adreça _____
 Població _____
 Telèfon casa _____
 Nom dels tutors _____
 Telèfon mòbil _____ Telèfon d'urgència _____
 Correu electrònic _____
 Número CIP (Targeta sanitària) _____

Autoritzo a fer fotografies i filmacions de les activitats i participants durant el desenvolupament de l'estada, per fer-ne ús en el marc de les actuacions de l'entitat. (En cas de no marcar alguna de les opcions entendrem que tenim el vostre permís) SI NO

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

Terrassa, de de 2020

INFORMACIÓ SANITÀRIA – DADES MÈDIQUES

Pes: _____ Alçada: _____

Pateix alguna malaltia de caràcter crònic?(Asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc.)

Pateix alguna al·lèrgia o intolerància? Quina? _____

En/na _____ amb DNI

_____ certifica que l'infant _____
està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent (té el llibre de vacunes actualitzat) i que té un estat de salut: Bo o Altre: _____

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

Terrassa, de de 2020

OMPLIU LA FITXA AMB LLETRA MAJÚSCULA I CLARA

AUTORITZACIÓ PER MARXAR SOL A CASA

En/na, amb DNI, com a pare/mare/tutor de, AUTORITZO a que el meu fill/a marxi sol a casa quan finalitzi l'esplai, sota la meua responsabilitat i sense que cap adult es responsabilitzi d'acompanyar-lo/la.

SIGNAT del Pare / Mare/ Tutor/a

Terrassa, de de 2020