

FOTO
DE
CARNET

INSCRIPCIÓ CASAL DE NADAL CURS 20-21



DADES PERSONALS:

Nom i Cognom del/de la nen/a:			
Adreça:		Nº:	Pis:
Població:		C. Postal:	
Data naixement:	Curs:		Escola:
Direcció correu electrònic:			
Telèfon 1 i de qui és:	Telèfon 2 i de qui és:	Telèfon 3 i de qui és:	Telèfon 4 i de qui és:
Nom dels pares i/o tutors legals:			
Qui el vindrà a busca:			

Encerclieu les opcions escollides:

DIES DE CASAL: 22, 23 24, 28, 29, 30 i 31 de desembre i 4, 5 i 7 de gener	
PREU (Tots els dies)	120,00 €

SETMANES (ENCERCLAR LA QUE ES DEMANI)	SETMANA 1 22, 23 I 24 DESEMBRE	SETMANA 2 28,29,30 I 31 DESEMBRE	SETMANA 3 4,5 I 7 GENER
PREU PER SETMANA CASAL:	42,00 €	55,00 €	42,00 €

TOTAL A PAGAR:

EL PAGAMENT ES FARÀ EN EFECTIU EL DIA D'ENTREGA DE INSCRIPCIÓ

Autoritzacions

En/na _____ amb DNI _____
com a _____ d'en/de na _____

- L'autoritzo a participar en l'activitat de referència. Igualment, em declaro coneixedor de la normativa i condicions de participació i del projecte educatiu, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura.
- I alhora consento expressament i autritzo a DeTotsColors per a què tracti i cedeixi les dades que volutariament facilito, i per a què pugui realitzar i publicar les imatges del participant, d'acord amb el tractament i finalitat que s'indica en aquest mateix imprès.
- Autoritzo la domiciliació bancària pel pagament dels rebuts a l'Entitat Bancària, i número de compte corrent apuntats.

_____, _____ de _____ de 2020.

SIGNATURA del pare/ pare/ tutor/a i el del titular del compte:

FITXA MÈDICA: CASAL DE NADAL D'AVIÀ 20-21



Nom i cognom del nen o nena:		
Núm del carnet del Servei català de la Salut:	Grup sanguini: (si se sap)	
Pateix alguna malaltia?	Quina?	
Té alguna al·lèrgia?	A què?	
Pren alguna medicació especial?	Quina?	
Hi ha algun medicament que no pot prendre?		
Pateix sovint alguna d'aquestes malalties?		
Angines	Faringitis	Mal d'orella
Asma	Hemorràgies nasals	Mal de queixal
Constipat	Insomni	Restrenyiment
Eneuresi nocturna	Mal de cap	Sonambulisme
Segueix algun règim alimentari especial?		Quin?
Té les vacunes obligatòries per la seva edat:		
Està vacunat del tètanus?	Data de la vacuna?	
Observacions:		

Autoritzacions

En/na _____ amb DNI _____
com a _____ d'en/de na _____

Autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada.

Certifico que les dades i autoritzacions són vàlides, sent conscient del seu significat.

_____, a _____ de _____ de 2020. Signat: _____

NO Autoritzo a l'equip de monitors/es a utilitzar un vehicle privat per el desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

- Cal adjuntar fotocòpies de carnet del servei català de la salut i/o mútua i de la targeta de vacunes i declaració autorresponsable COVID'19.

-LA INSCRIPCIÓ EN UN SOBRE AMB EL NOM DE L'INFANT, LA DOCUMENTACIÓ REQUERIDA I L'IMPORT D'AQUESTA S'ENTREGARÀ EL DIA 15 DE DESEMBRE A LES 16:30 A LA PORTA PRINCIPAL DE L'ESCOLA.