

# FITXA D'INSCRIPCIÓ AL CASAL D'HIVERN'18



NÚM. D'INSCRIPCIÓ	GRUP



DADES PERSONALS DEL NEN/A	
1r COGNOM:	
2n COGNOM:	
NOM:	
DATA DE NAIXEMENT:	EDAT:
ADREÇA:	
POBLACIÓ:	C.P.:
NOM PARE I MARE:	
TELÈFON:	TELF. D'URGÈNCIA:
EMAIL:	
ESCOLA:	CURS ESCOLAR:

## DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR

	DILLUNS 24	DIJOUS 27	DIVENDRES 28	DILLUNS 31
MATI O TARDA				
TOT EL DIA				
MENJADOR				
ACOLLIDA MATÍ				
	DIMECRES 2	DIJOUS 3	DIVENDRES 4	
MATI O TARDA				
TOT EL DIA				
MENJADOR				
ACOLLIDA MATÍ				

Senyaleu amb una X la modalitat de casal a escollir.

PAGAMENT
L'ingrés cal efectuar-lo al número de compte corrent: <b>ES56-0081-0161-7100-0133-4642 del "Banc Sabadell".</b>
Caldrà entregar el resguard de l'ingrés o transferència bancària immediatament a l'AMPA de l'escola Bernat Desclot o Milagros Consarnau de dilluns a dijous de 17.00h a 18.00h. <b>Les inscripcions es realitzaran del 3 al 14 de desembre.</b>
En cas de baixa justificada es retornarà només el 50% de l'import total de l'activitat.
La viabilitat de les activitats, horaris i l'ajust del pressupost dependrà del grau de participació.

Junt amb aquest full d'inscripció emplenat heu de portar:

- Resguard de l'ingrés bancari.
- Fotografia de l'infant.
- Fotocòpia del D.N.I. de la persona que signa l'inscripció.
- Fotocòpia del carnet de vacunacions.
- Fotocòpia de la targeta sanitària de la seguretat social de l'Infant.



## AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A

Jo, \_\_\_\_\_, amb D.N.I. núm. \_\_\_\_\_

Autoritzo al meu fill/a \_\_\_\_\_ a Kampi Ki Puguí i en concret als seus membres i/o educadors o persones que actuïn en nom d'aquesta a:

- Participar a les activitats sol·licitades, sota les condicions establertes.

SI

NO

- Que el meu fill pugui aparèixer en fotografies, filmacions que es derivin de les activitats que es realitzarà sota la supervisió i control d'aquestes (C.E. art. 18.1 i Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig), per a que les famílies puguin disposar d'elles un cop finalitzada l'activitat.

SI

NO

- Als desplaçaments en els mitjans de transports corresponents per part dels educadors i/o monitors adscrits a les activitats. En totes aquelles sortides del centre, que s'hagin de realitzar per tal de desenvolupar l'activitat.

SI

NO

- A que es prenguin les mesures mèdico-sanitàries i quirúrgiques que amb caire d'urgència s'hagin de realitzar al meu fill/a, i que siguin derivades dels trasllats o de les activitats que desenvolupi.

SI

NO

I prenc el compromís de vetllar pel bon funcionament del casal d'estiu

L'Hospitalet de Llobregat, a .....de.....de 2018

Signatura del pare/mare o tutor/a: