

DADES DE L'INFANT/JOVE

COGNOMS: _____ NOM: _____

DATA NAIXEMENT: _____ LLOC*: _____ EDAT*: _____

ADREÇA*: _____ CP.: _____

POBLACIÓ*: _____ BARRI*: _____ PROVÍNCIA*: _____

TELÈFON 1: _____ TELÈFON 2: _____ TELÈFON 3: _____

ESCOLA: _____

CORREU ELECTRÒNIC: _____

DADES DEL PARE/MARE O TUTOR/A

COGNOMS: _____ NOM: _____ NIF: _____

COGNOMS: _____ NOM: _____ NIF: _____

DETALL D'ACTIVITATS

Marqueu amb una creu les activitats a les que inscriviu:

ESPAI FAMILIAR DE 0 A 3 ANYS

Dilluns	MATÍ de 10.30h a 12.30h		
Dimarts	MATÍ de 10.30h a 12.30h		TARDA de 17h a 19h
dimecres	MATÍ de 10.30h a 12.30h		
Dijous	MATÍ de 10.30h a 12.30h		TARDA de 17h a 19h
Divendres	MATÍ de 10.30h a 12.30h		

PROJECTE DIARI CENTRE

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES

Recollida a escola: Si No

PROJECTE DIARI SANT JOSEP

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES

Recollida a escola: Si No

TALLER DE CUINA (DIMARTS 17.30H A 19.00H)

Recollida a escola: Si No

TALLER DE LUDOTECA (DIMECRES DE 17.30H A 19.00H)

Recollida a escola: Si No

TALLER D'ESCALADA AL CLUB MUNTANYENC L'H ELS DIVENDRES ALTERNES

ESPAI JOVE DE 17:30H A 19:00H

DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES

ACTIVITAT DE DISSABTES

AUTORITZACIÓ D'INSCRIPCIÓ

Quedo assabentat de les condicions establertes per l'entitat i les accepto.

AUTORITZACIÓ DE TRASLLAT EN COTXE O AMBULÀNCIA I D'ATENCIÓ MEDICOQUIRÚRGICA

Autoritzo al meu fill a assistir a l'activitat que organitza el Centre d'Esplai Xixell sota les condicions establertes per l'Entitat. Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent. També autoritzo el desplaçament del meu fill/a en cotxe o ambulància en cas d'urgència mèdica.

Quedo assabentat de les condicions establertes per l'entitat i les accepto.

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Autoritzo a l'equip de monitors per a què administri al meu fill els medicaments prescrits pel seu metge, adjuntant la recepta pertinent. I en cas de febre o rascada, els autoritzem a administrar la següent medicació:

Iode Paracetamol Ibuprofè

Autoritzo No autoritzo

FORMA DE PAGAMENT

Marqueu amb una creu l'opció de la forma de pagament de les activitats.

EFFECTIU (secretaria) _____ *DOMICILIACIÓ BANCÀRIA* _____

AUTORITZACIÓ DOMICILIACIÓ BANCÀRIA (omplir només en cas de pagar pel banc)

Autoritzo al Centre d'Esplai Xixell a domiciliar els rebuts per l'import de les activitats a les que he inscrit el meu fill/a al núm. de compte ES ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Quedo assabentat de les condicions establertes per l'entitat i les accepto.

Signatura pare, mare o tutor/a

Data: _____

NIF: _____

Segell de l'Entitat