

## 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**

<b>Dimarts</b>	<b>MATÍ de 10.30h a 12.30h</b>		<b>TARDA de 17h a 19h</b>	
<b>Dijous</b>	<b>MATÍ de 10.30h a 12.30h</b>		<b>TARDA de 17h a 19h</b>	

**PROJECTE DIARI CENTRE DE P3 A 6È**

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES

Recollida a escola: Si  No

**PROJECTE DIARI SANT JOSEP DE P3 A 6È**

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOURS	DIVENDRES

Recollida a escola: Si  No

**TALLER DE GUITARRA (DIMARTS 17.30H A 19.00H)**

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

**ACTIVITAT DE DISSABTES (16:30 A 19:00)**

## **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.

## **DONACIÓ**

Vols donar 1€ a l'Entitat?  Sí  No

Tots els beneficis aniran destinats al Projecte d'infants i joves amb necessitats educatives especials de l'Esplai Xixell, per a garantir la seva participació i integració a les activitats de lleure en els programes diaris i períodes de vacances.

Signatura pare, mare o tutor/a

Data: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Segell de l'Entitat