FITXA INSCRIPCIÓ
CASAL D'ESTIU 2019
ESCOLA XIRINACS

DADES PERSONALS DEL NEN/A

NÚM. D'INSCRIPCIÓ

1r COGNOM:		
2n COGNOM:		
NOM:		
DATA DE NAIXEMENT:	EDAT:	CURS:
ADREÇA:		
POBLACIÓ:	C.P.:	
NOM PARE I MARE:		
TELÈFON:	TELF. D'URGÈNCIA:	
NUMERO SS:	E-MAIL:	

DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR

Senyaleu amb una X les setmanes de casal, i l'horari a escollir.

	1a setmana (25 al 28 juny)	**2a setmana (1 al 5 de juliol)**	**3a setmana (8 al 12 juliol)**	**4a setmana (15 al 19 juliol)**	**5a setmana (22 al 26 juliol)**
MATÍ (9h a 13h)					
MATÍ + MENJADOR (9h a 15h)					
MATÍ I TARDA (9h a 13h, 15h a 16.30h)					
MATÍ + MENJADOR+ TARDA (9h a 16.30h)					
ACOLLIDA (8h a 9h)					

En cas de baixa es retornarà el 50% de l'import ingressat si ho comuniqueu abans del dia 1 de juny, sempre i quan hi hagi una justificació mèdica.
El pagament es podrà fer fraccionat, heu d'abonar el 50% en el moment de fer la inscripció (fins al 17 de maig) i la resta abans del 5 de juny. Aquest s'ha de fer a través de transferència bancària o en efectiu. A la transferència ha de constar: nom i cognoms de l'infant, i casal d'estiu XIRINACS.

PAGAMENT

L'ingrés total de la inscripció s'ha d'efectuar al número de compte corrent: ES56 0081 0161 7100 0133 4642

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

- Resguard de l'ingrés bancari.
- Una còpia de la targeta de la seguretat social del nen o nena.
- Una còpia del carnet de vacunes o certificat mèdic indicant l'estat de salut de l'infant.
- Una còpia del D.N.I. de la persona que signa la inscripció

INFORMACIÓ SANITÀRIA

- Es fatiga fàcilment? SI NO

- Es mareja en autocar? SI NO

- Sap nedar? SI NO

- Menja: DE TOT POQUES COSES MOLT POC

És al·lèrgic a algún aliment? Quin?.....

Segueix algún règim especial?.....

- És diabètic? SI NO

- És propens a l'acetona? SI NO

- És al·lèrgic? SI NO A QUÈ?.....

- Malalties que ha passat:

PAPERES XARAMPIÓ VARICEL·LA RUBEOLA

- Pateix alguna malaltia? (asma, epilèpsia, problemes quirúrgics,...)
.....

Estat actual .....

- Té problemes de vista o oïda? Quins? .....

- Té alguna disminució (psíquica, física, motriu,...)?.....

- Pateix d'eneuresi nocturna? SI NO

- Utilitza algun tipus d'aparell corrector (ulleres, plantilles,...)? Quin?

..... Se'n fa responsable? SI NO

- Quin tipus de medicina segueix? Homeopàtica Tradicional

- Pren alguna medicació? Quina?.....

- Fa migdiada? SI NO

- Fa servir bolquer? SI NO

- Fa servir algun element per dormir? (xumet, nino...).....

- Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:.....

AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A

Jo,....., amb D.N.I. núm.....

Autoritzo al meu fill/a..... a Kampi Ki Pugui 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**

CONSENTO EXPRESSAMENT I AUTORITZO a l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI i per tant a les persones adscrites, inscrites, titulars i col·laboradors de tots els departaments, en els que s'organitza l'Associació Educativa KAMPI KI PUGUI perquè tracti les dades personals que voluntàriament he facilitat en documents adjunts, d'acord amb allò disposat a la Llei 15/1999 de 13 de desembre i pel Real Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la LOPD, limitant la referida autorització al compliment dels fins directament relacionats amb les funcions legítimes del Responsable del Fitxer, així com l'enviament d'informació sobre activitats de l'Associació per correu postal, correu electrònic o per butlletins o revistes.

El responsable del fitxer és l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI. Per exercitar els drets amunt mencionats, i per qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit a ASSOCIACIÓ EDUCATIVA KAMPI KI PUGUI C/. RONDA DE LA VIA 57, LOCAL, D.P. 08903 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BCN)

Prenc el compromís de vetllar pel bon funcionament del casal.

Barcelona, a .....de.....de 20...

Signatura del pare/mare o tutor/a: