

Dades Personals			Foto del nen/a
Nom i cognoms:		Edat:	
Curs (el d'aquest any):	Data de naixement:		
Població:	Província:		
Domicili:	Adreça electrònica:		
Telèfon de Casa:	Estat civil dels pares: <input type="checkbox"/> junts <input type="checkbox"/> separats		
Nom del pare/tutor	DNI:	Mòbil:	
Nom de la mare/tutora:	DNI:	Mòbil:	
<b>OBSERVACIONS:</b> (...si pot menjar de tot, si pateix alguna malaltia crònica, si sap nedar, al·lèrgies, i <u>tot el que crequis oportú que haguem de saber!</u> )	<b>HÀBITS:</b> (d'higiene personal, de neteja, alimentació, conducta, etc...)	<b>MOTIVACIONS:</b> (explica'ns tot allò que li despertí un interès especial, activitats que li agradi realitzar...)	
<b>REFERENT AL CASAL D'ESTIU Marcar amb una X: Dates que el/la vostre/a fill/a assistirà al Casal d'Estiu:</b>			
<input type="checkbox"/> 1a setmana: Del 26 al 30 de juny <input type="checkbox"/> 2a setmana: Del 3 al 7 de juliol <input type="checkbox"/> 3a setmana: Del 10 al 14 de juliol <input type="checkbox"/> 4a setmana: Del 17 al 21 de juliol <input type="checkbox"/> 5a setmana: Del 24 al 27 de juliol		Per tal de facilitar la feina a l'equip de monitors/es us demanem que ens digueu la <b>talla de samarreta del vostre fill/a</b> ja que Divertàlia fa aquest obsequi a tots els nens/es participants del casal.  La talla de samarreta és: _____	
Setmanes	Preu General	Descompte 2n germà	Familia nombrosa
1 Setmana	<b>44€</b>	<b>40€</b>	<b>38€</b>
1r bloc: del 26 de juny al 22 de juliol	<b>160€</b>	<b>144€</b>	<b>136€</b>
2n bloc: del 26 de juny al 27 de juliol	<b>205€</b>	<b>185€</b>	<b>175€</b>

**AUTORITZACIÓ MATERNA/PATERNA**

En/Na..... amb DNI ..... autoritzo al meu fill/a ..... a assistir al Casal d'Estiu que organitza l'Ajuntament i Divertàlia i Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari d'adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada i a eximir els monitors/es de responsabilitat civil i penal, així com a:

- Autorització a dret d'imatge.
- Autorització a totes les sortides i/o excursions d'àmbit local i piscina.
- Autorització a poder marxar sol/a cap a casa un cop finalitzat el casal d'estiu (per a infants de 4rt a 6é).
- Autorització a participar de la nit de bivac al casal d'estiu.

A Sant Esteve de Sesrovires..... de .....de 2017

Signatura pare/mare o tutor/a

## Autorització de recollida del nen/a:

Autoritzo que durant el període del Casal d'estiu, les persones següents recullin al/la meu/va fill/a a la finalització de l'activitat cada dia:

Nom i cognoms: ..... DNI: ..... Telèfon:.....

Nom i cognoms: ..... DNI: ..... Telèfon:.....

---

## Forma de pagament:

1.- Ingrés o transferència al número de compte següent:

E	S	6	2	0	0	8	1	1	6	5	2	4	0	0	0	1	0	1	8	7	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

D'acord amb el que disposa l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal i l'article 18 del seu Reglament de Desplegament, aprovat pel Reial **Decret** 1720/2007, us informem que les vostres dades de caràcter personal s'incorporaran al fitxer EDUCACIÓ, del que és responsable ESPAI LLEURE DIVERTALIA S.L i no seran cedides a persones físiques i jurídiques públiques o privades sense el vostre consentiment o si no ho autoritza una llei.

## Documentació a adjuntar:

- Fotocòpia del DNI del pare, mare o tutor legal.
- Fotocòpia del DNI del nen/a (si en disposa).
- 1 fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a.
- Justificant del pagament.
- Recepta mèdica del medicament a administrar si es dóna el cas.

**\*El pagament es farà en el mateix moment de la inscripció, per tant el darrer dia serà el 28 de maig** (si després es vol ampliar setmanes un cop començat el casal, es podrà fer)





**FITXA DE SALUT PER A L'ACTIVITAT**

Número de targeta sanitària del nen/a: \_\_\_\_\_

**DADES MÈDIQUES:**

Té algun tipus d'al·lèrgia (menjar, medicaments, ....)? \_\_\_\_\_

Quina? \_\_\_\_\_

Està prenent alguna medicació? \_\_\_\_\_ Quina i per quin motiu? \_\_\_\_\_

Indiqueu la pauta amb la que se li ha de continuar la medicació:

Té alguna malaltia crònica actual? (asma, epilèpsia, intolerància a aliments, diabetis,...) \_\_\_\_\_

Indiqueu si precisa alguna mesura especial: \_\_\_\_\_

Pateix algun tipus d'alteració física (visual, auditiva, motriu,...) o psíquica (intel·lectual, insomni), indiqueu si porta correcció? \_\_\_\_\_

Malalties que té sovint (mal de panxa o de cap, otitis, faringitis, hemorràgies, mareigs,...). Cal especificar

Sap nedar (si, no, una mica,...): \_\_\_\_\_

Observacions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Important:** adjuntar fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a.