

**CLUB MONTCAU**  
**FITXA D'INSCRIPCIÓ CASAL D'AVENTURES 2024 (FORA ESCOLA)**

**DADES DEL NEN/A**

1r Cognom:	2n Cognom:	
Nom:	Data de naixement:	Edat:
Adreça:		
Població i codi postal:		Correu electrònic:
Nom del pare i mare o tutors:		
Telèfons de contacte durant l'activitat d'estiu (indicar telèfon, nom i parentiu):		

**DADES DE L'ACTIVITATS QUE VOL REALITZAR**

<b>CASAL COMPLERT</b>	<b>9-17h</b>	<b>9-13h</b>	<b>9-15h</b>
<b>* SETMANES CONCRETES</b>	<b>9-17h</b>	<b>9-13h</b>	<b>9-15h</b>

\* Especificar setmanes:

\*No es retornaran diners per absència puntual els dies d'activitat.

\*Ja estan contemplades en el preu les setmanes amb menys dies.

**INFORMACIÓ SANITÀRIA**

Nivell de natació:

Al·lèrgies o intoleràncies (tant mèdiques com alimentàries):

Malalties o observacions a tenir en compte:

Pren alguna medicació? Si es dóna el cas, especificar nom i dosi (**cal adjuntar prescripció facultativa**):

**AUTORITZACIÓ PARE/MARE O TUTOR**

En/Na \_\_\_\_\_

amb DNI \_\_\_\_\_ autoritza el seu fill/a \_\_\_\_\_

A assistir a l'activitat sol·licitada, sota les condicions establertes.

A realitzar totes les sortides i excursions programades.

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'urgència sota la pertinent direcció facultativa.

Autoritzo a que la imatge del meu fill/a pugi aparèixer en fotografies corresponents a les activitats d'aquests dies i que puguin ser publicades a les xarxes socials, premsa, revista o publicacions d'àmbit educatiu i a la pàgina web del centre.

Sí  No

Persones que tenen autorització de recollida (nom i cognoms i DNI):

**DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA:**  
**Fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a.**  
**Fotocòpia del DNI de la persona que signa l'autorització.**

Matadepera; \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Signatura de la persona que autoritza: (**obligatòria**) \_\_\_\_\_