



CLUB MONTCAU

FITXA D'INSCRIPCIÓ CASAL SETEMBRE 2024

DADES DEL NEN/A

Nom i Cognoms:

Curs:

Telèfons de contacte durant l'activitat (indicar telèfon, nom i parentiu):

Núm. Cartilla sanitària

DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR

Del 2 al 6 de setembre (5 dies)	9-17h	9-13h
* DIES CONCRETS	9-17h	9-13h

* Especificar dies:

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.

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

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

Matadepera,

de

de 2024.

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