

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

DADES DEL NEN/A

| | | |
|--|--------------------|--------------------|
| 1r Cognom: | 2n Cognom: | |
| Nom: | Data de naixement: | Ed: |
| Adreça: | | Telèfon: |
| 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

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

* Especificar dies:

INFORMACIÓ SANITÀRIA

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.

Faig extensiva aquesta utorització 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**)