**INSCRIPCIÓ CASAL D’ESTIU 2017**

**DADES INFANT**

COGNOMS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA NAIXEMENT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CURS:\_\_\_\_\_\_POBLACIÓ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADREÇA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NÚMERO:\_\_\_\_\_PIS:\_\_\_\_PORTA:\_\_\_\_C.P.:­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_

TELÈFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A/e:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA/REPRESENTANT LEGAL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DEL PARE/MARE/TUTOR), amb DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoritzo que el/la menor inscrit/aassisteixi al Casal d’estiu i participi de les activitats complementàries que es realitzaran, incloent les sortides del municipi.

Durant el casal sóc coneixedor/a que es faran fotografies i filmacions de les activitats i autoritzo expressament les persones organitzadores del casal perquè en facin ús per a la seva difusió, transformació i reproducció. Sí No

**FITXA DE SALUT**

Sap nedar? Sí No Pateix hemorràgies nasals? Sí No

Es cansa molt aviat a les excursions? Si No Es mareja amb facilitat? Sí No

Es posa malalt/a sovint? Sí No Motiu habitual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pren algun medicament habitualment? Sí No Quin? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

És al·lèrgic/a? Sí No A què? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segueix algun règim especial? Sí No Dieta recomanada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Té alguna dificultat intel·lectual, d’aprenentatge i/o motriu? Sí No Necessitats especials:\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signatura,**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017

Les dades de caràcter personal facilitades en aquest document seran tractades d’acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i s’inclouran al fitxer “Joventut”, el responsable del qual és l’Ajuntament de xxxxxx / entitat/Consell amb la finalitat de la gestió adequada del servei sol·licitat/de l’activitat a la que s’inscriu. Respecte de les mateixes podran exercitar el dret d’accés, el dret de rectificació, el dret de cancel·lació i el dret d’oposició de forma presencial a la nostra seu o bé enviant un correu electrònic a l’adreça xxxxxxx@xxxxxxx.

**POSEU UNA CREUETA ALLÀ ON VOLEU INSCRIURE EL/LA MENOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Torn 1** | **Torn 2** | **Torn 3** | **Torn 4** | **Torn 5** | **Torn 6** | **Torn 7** | **Torn 8** | **Torn 9** | **Torn 10** | **Torn 11** |
| 27/6 a 1/7 | 4 a 8/7 | 11 a 15/7 | 18 a 22/7 | 25 a 29/7 | 1 a 5/8 | 8 a 12/8 | 16 a 19/8 | 22 a 26/8 | 29/8 a 2/9 | 5 al 9/9 |
| **Acollida**8 a 9 hpreu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Casal matí**9 a 13 hpreu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Casal matí****+menjador**9 a 15 hpreu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Casal Tarda** 15 a 17 hpreu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Núm. de compte on fer l’ingrés: ES\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_**

**CAL ADJUNTAR**

FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA DE L’INFANT.

COMPROVANT DE PAGAMENT.