

CASAL D' ESTIU⁰¹⁷

INFANTIL

PRIMÀRIA

NOM I COGNOMS: _____

CURS: _____ **DATA NAIX:** _____ **ESCOLA:** _____

OPCIONES: **A DE 9 A 13** **B DE 9 A 15** **C DE 9 A 13 i de 15 A 17** **D DE 9 A 17**

ENCERCLEU LA QUE S' ESCAIGUI

SETMANA 1 *del 26/6 al 30/6* **A** 64,75€ **B** 96€ **C** 80€ **D** 110€ **ACOLLIDA MATÍ** **SI / NO**

SETMANA 2 *del 3/7 al 7/7* **A** 64,75€ **B** 96€ **C** 80€ **D** 110€ **ACOLLIDA MATÍ** **SI / NO**

SETMANA 3 *del 10/7 al 14/7* **A** 64,75€ **B** 96€ **C** 80€ **D** 110€ **ACOLLIDA MATÍ** **SI / NO**

SETMANA 4 *del 17/7 al 21/7* **A** 64,75€ **B** 96€ **C** 80€ **D** 110€ **ACOLLIDA MATÍ** **SI / NO**

SETMANA 5 *del 24/7 al 28/7* **A** 64,75€ **B** 96€ **C** 80€ **D** 110€ **ACOLLIDA MATÍ** **SI / NO**

SETMANA 6 *del 04/9 al 8/9* **A** 64,75€ **B** 96€ **C** 80€ **D** 110€ **ACOLLIDA MATÍ** **SI / NO**

Sap nedar? **SI / NO** _____

El seu fill té alguna al·lèrgia o intolerància alimentaria? Quina? _____

Té alguna malaltia o discapacitat? Quina? _____

Altres informacions d'interès? _____

Voleu fer LLEGIM i FEM FEINA? si / no (←només a partir de primària)



Samarreta CASAL marqueu la mida que escaigui * 3-6 6-8 8-10 10-12 S

* per a inscripcions fetes abans del 1/6/2017, després d'aquesta data segons disponibilitat

Adjunto la documentació següent:

- Fotocòpia del carnet de vacunacions
- Fotocòpia de Targeta sanitària i el número _____
(núm. targeta sanitària)

AUTORITZACIÓ

Jo, _____ amb DNI nº _____

com a mare/pare/tutor de _____

amb un TEL 1 _____ (nom) _____

i TEL 2 _____ (nom) _____

i un correu @ _____

AUTORITZO a:

- assistir al casal organitzat per Closques! i l'Ampa l'Arenal de Llevant, fer els desplaçaments (a peu, transport públic i autocars) i les activitats que l'infant realitzi durant l'estada al casal, tan dins com fora de l'escola
- fer ús del correu @ per la tramesa d'informació relativa a les activitats de Closques! i AMPA l'Arenal de Llevant que puguin ser del seu interès
- que en cas de malaltia o accident l'organització podrà demanar assistència mèdica per tal de que un professional es faci càrrec de prendre les decisions que siguin necessàries

SIGNATURA

Lloc i data _____, a _____ de/d' _____ de 2017

En compliment del que estableix la llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, sobre protecció de dades de caràcter personal, us informem que les vostres dades personals recollides per mitjà d'aquesta inscripció seran tractades consentint i acceptant la cessió de les mateixes a Closques, per tal de permetre el compliment de la seva sol·licitud i la publicitat dels nostres serveis. Podeu accedir al vostre dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició enviant un correu a : closques@closques.cat

© No accepto que siguin utilitzades les imatges en grup que es puguin utilitzar durant l'activitat a la nostra pagina web i altres documents d'informació nostra.