



INSCRIPCIÓ 2019



Noms i cognoms del fill/a: _____ Data de naixement: _____

Curs acabat del nen/a: _____ Escola: _____

Al·lèrgies: _____

Pare/ mare/ tutor legal: _____ NIF: _____

Direcció: _____ C.P: _____ Població: _____

Telèfon de Contacte: _____ Altre telèfon: _____

Correu electrònic: _____

Torns/Preus	SOCI	NO SOCI	DIES SOLTS
Acollida matí 8.00h a 9.00h	15€/setmana	15€/setmana	4€/dia
Matí 9.00h a 13.00h	55€/setmana	65€/setmana	20€/dia
Acollida dinar 13.00h a 14.30h	15€/setmana	15€/setmana	7€/dia
Tarda 15.00h a 17.00h	22€/setmana	27€/setmana	10€/dia

*Marcar amb una creu les setmanes i torns

SETMANES	Acollida Matí 8:00h a 9:00h	Matí 09:00h a 13:00h	Acollida Dinar 13:00h a 14:30h	Tarda 15:00h a 17:00h
25 al 28 de juny				
1 al 5 de juliol				
8 al 12 de juliol				
15 al 19 de juliol				
22 al 26 de juliol				
29 i 31 de juliol				

VOLS FER-TE SOCI?

SI	1er any	2n any
	15€	10€

NO	
----	--

En/Na _____ amb D N I _____

Com a pare/mare o tutor de l'alumne _____

AUTORITZACIÓ PER A LA PUBLICACIÓ D'IMATGES

Autoritzo a l'associació de ball ALOCUBANO a fer ús de les imatges obtingudes durant les activitats que organitza l'Associació sempre que preservi el dret a l'honor i a la intimitat personal tal i com regula la Llei 1/1982 de 5 de maig i la Llei 15/1999 de 13 de desembre sobre la protecció de dades de caràcter personal.

A Barcelona a _____ de _____ de 2019

Signatura:

PER SORTIR SOLS DEL CASAL D'ESTIU DE ALOCUBANO

Autoritzo a l'associació de ball ALOCUBANO que el meu fill/a té autorització per sortir del CASAL D'ESTIU que aquesta entitat organitza sense acompanyament d'un adult.

A Barcelona a _____ de _____ de 2019

Signatura:

AUTORITZACIÓ EN CAS D'ACCIDENT

Autoritzo a l'associació de ball ALOCUBANO a que el meu fill/a sigui atès/a i se li pugui realitzar les atencions mèdiques pertinents, prèvia opinió i diagnòstic facultatiu reconegut, utilitzant si cal el vehicle que tinguem a disposició per traslladar-lo al centre mèdic més proper.

Els/les responsables de l'activitat, en el seu cas, informaran a la família telefònicament de tots els passos a seguir i actuacions a realitzar.

A Barcelona a _____ de _____ de 2019

Signatura:

EN EL CAS DE MALATIA DIAGNOSTICADA

Autoritzo a l'associació de ball ALOCUBANO, en cas que sigui necessari, a administrar al meu fill/a la següent medicació: _____

prescrita per el metge facultatiu.

A Barcelona a _____ de _____ de 2019

Signatura: