



AJUNTAMENT DE CAMPLLONG



Núm. inscripció:

FULL D'INSCRIPCIÓ – CASAL 2018

Marqueu amb una creu l'opció escollida:

JUNY (del 25 al 30): **IMPORT**

AGOST: **IMPORT**

MATI	MIGDIES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	MATI	MIGDIA
SETMANA del 30/07 al 5/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 6 al 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 13 al 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 20 al 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 28/08 al 2/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JULIOL: **IMPORT**

	MATI	MIGDIA
SETMANA del 2 al 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 9 al 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 16 al 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SETMANA del 23 al 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SETEMBRE (del 3 al 7): **IMPORT**

MATI	MIGDIES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DADES NEN/A:

Nom.....Cognoms.....

Data de Naixement.....Edat.....

Curs escolar finalitzat.....

OBSERVACIONS MÈDIQUES

- POSSIBLES IMPEDIMENTS FÍSICS O EN EL DESENVOLUPAMENT: SI NO
QUINA?

- MALALTIES CRÒNIQUES: SI NO
QUINA?

- PATEIX ALGUNA MALALTIA AMB FREQUÈNCIA?: SI NO
QUINA?

- AL·LÈRGIES: SI NO

TIPUS:

REACCIÓ EN EL NEN/A:

COM ACTUAR EN CAS DE REACCIÓ:

PREVENCIÓ PER L'AL·LÈRGIA:

- PREN ALGUN MEDICAMENT?: SI NO

NOM DEL MEDICAMENT:

HORARIS:

QUANTITATS:

SISTEMA D'ADMINISTRACIÓ DEL MEDICAMENT:

- INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA?: SI NO
QUINA?

- SAP NEDAR? SI NO
OBSERVACIONS:

- QUALESVOL ALTRE QÜESTIÓ D'INTERÈS:

(es cansa amb facilitat, té por....)

DESCRIPCIÓ:



DADES DEL PARE, MARE O TUROR:

Nom i núm. DNI del pare mare o tutors.....

Adreça.....

Localitat (C.P.).....

Telf. Contacte mare.....pare.....

Correu electrònic

Sol·liciteu bonificació per família nombrosa (dte. 15%) (si/no).....

A la signatura d'aquests document declaro que conec el Reglament regulador del servei municipal del casal d'estiu de Nadal i altres activitats municipals similars del municipi de Campllong així com l'Ordenança reguladora de la taxa per la prestació del servei de Casal d'estiu, les quals es poden consultar al web municipal www.campllong.cat

Data:

Signatura:

AUTORITZACIÓ DOMICILIACIÓ BANCÀRIA DE REBUTS

.....

(Nom, Cognom i DNI del firmant)

..... DP Població

..... Província

AUTORITZA A L'AJUNTAMENT DE CAMPLLONG amb NIF P1704200C, a efectuar tots els cobraments mitjançant rebut bancari de les despeses del casal d'estiu de Campllong i segons s'ha detallat en aquests document.

DADES DE L'ENTITAT BANCÀRIA

.....

(Nom de l'entitat bancària)

.....

(compte corrent)

Marqueu amb una creu els documents que s'adjunten:

- Fotocopia targeta sanitària de la Seguretat Social
- Fotocopia de la pàgina corresponent a les vacunes del llibre de salut
- Fotografia tipus carnet
- Volant d'empadronament de les persones residents fora del municipi de Campllong.
- Certificat de l'empresa o altre document anàleg que demostrï que algun dels progenitors treballa a Campllong.
- Dades dels familiars directes que resideixen a Campllong (es comprovarà d'ofici al padró d'habitants).



AUTORITZACIÓ PATERNA (a omplir pels pares o tutors)

Jo,.....
amb DNI. núm..... AUTORITZO, com a(pare/mare/tutor), al
en/a.....a:

- 1- Participar en totes les activitats programades pel Casal d'estiu de Campllong i les sortides programades per l'entorn del poble.
- 2- Banyar-se en piscines públiques o privades, rius o al mar.
- 3- A captar, reproduir i difondre la imatge del/la meu/va fill/a per qualsevol tipus de suport o canal de comunicació municipal, (en qualsevol moment es pot revocar aquest consentiment mitjançant escrit dirigit a l'Ajuntament de Campllong).
- 4- Que el meu fill/a pugui rebre tractament mèdic en cas d'accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió sota la pertinent direcció mèdica, en cas d'urgència.
- 5- DECLARO que en cas de No Vacunació (en cas de no aportar el carnet de Vacunacions al moment de la inscripció) exonero a l'entitat organitzadora i l'equip tècnic de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

SI AUTORITZO

NO AUTORITZO

Data

Signatura

Les dades que ens facilita s'incorporaran a un fitxer automatitzat creat per l'Ajuntament de Campllong per a deixar constància de l'entrada i sortida de documents i per al seguiment dels tràmits, actuacions i l'exercici de les seves competències i funcions. En la gestió d'aquest fitxer i en el tractament de dades es compleixen els requeriments i exigències de la normativa vigent en matèria de protecció de dades. En qualsevol moment vostè pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i, si és el cas, cancel·lació, tot adreçant-se a l'alcalde - president de l'Ajuntament de Campllong.