



FULL D'INSCRIPCIÓ – CASAL D'ESTIU – COLÒNIES 2017 DIVER'S
Activitats per l'AMPA ESCOLA LA MAQUINISTA

NÚM. INSCRIPCIÓ _____

NOM I COGNOMS _____ **CURS** _____

HORARIS: Nº 1 ...9-13H / Nº 2...9-15H(amb dinar) / Nº 3...9-13/15-17H / Nº 4...9-17H(amb dinar)

TORNS: marqueu amb una X en el requadre els torns que vulgueu participar i poseu el núm. de l'HORARI.
 També si utilitzareu el Servei d'Acollida Matinal indicant l'horari que fareu.

TORNS	X	Nº HORARI	SERVEI MATINAL
COLONIES 22-25 JUNY			
Pre-Casal dies 22-23			
1R TORN 26 -30 JUNY			
2N TORN 3 – 7 JULIOL			
3R TORN 10 -14 JULIOL			
4T TORN 17 - 21 JULIOL			
5È TORN 24 – 28 JULIOL			
6È TORN 4 – 8 SETEMBRE			

Marqueu amb una X la resposta correcta

	SI	NO
SOL·LICITA BECA?		
SOL·LICITA MONITOR DE SUPORT?		
POT APAREIXER EL/LA VOSTRE/A FILL/A AL REPORTATGE FOTOGRÀFIC I FILMACIONS? Aquestes imatges son per ús exclusiu de Diver's al seu web, dossiers informatius i famílies.		

QUI EL RECOLLIRÀ NORMALMENT? (Nom i relació amb l'infant) Si marxa sol, ens ho heu d'indicar

AUTORITZACIÓ PATERNO/MATERNA

En/na _____ amb DNI _____
 autoritzo al meu fill/a _____ a assistir al CASAL D'ESTIU-
 COLÒNIES de l'escola _____ en les condicions establertes.
 Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que fossin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència sota la pertinent direcció facultativa.

Barcelona _____ de _____ de _____

Signat: pare, mare o tutor/a

DADES PERSONALS

DOMICILI: CARRER		Nº	PIS	PORTA	D.P.	POBLACIÓ
TELÈFON I NOM MARE			TELÈFON I NOM PARE			
E-MAIL		ALTRES TELÈFONS				
DATA NAIXEMENT	EDAT ACTUAL	ESCOLA ON CURSA ESTUDIS		COMPLEIX ANYS DURANT EL CASAL?		
NÚM. SEGURETAT SOCIAL						

DADES MÈDIQUES

ES MAREJA AMB FACILITAT?	
A LES EXCURSIONS ES CANSA AVIAT?	
DOLÈNCIES HABITUALS (mal de cap, panxa, oïda...)	
MEDICAMENTS QUE PREN EN AQUESTS CASOS	
MEDICAMENTS QUE NO POT PRENDRE	
MENJA DE TOT?	
AL·LÈRGIES	
DATA ÚLTIMA DE VACUNACIÓ ANTITETÀNICA	
SAP NEDAR?	
PORTA TAPS A LES OÏDES A LA PISCINA?	

No se subministrarà cap medicament durant el Casal sense autorització signada dels pares on consti la dosi i/o recepta mèdica si s'escau.

CERTIFICAT MÈDIC O RESPONSABILITAT PARES/MARES

Podeu adjuntar un certificat mèdic de l'estat de salut del/la vostre/a fill/a si heu d'anar aquests dies al pediatra o bé omplir i signar vosaltres aquesta butlleta.

En/na _____ em responsabilitzo del bon estat de salut del meu fill/a _____
 Barcelona _____ de _____ de _____ Signat pare, mare o tutors legals

ALTRES DADES D'INTERÈS

Escriuiu qualsevol dada que creieu que haguem de saber dels/les vostres fills/es per a conèixer-los millor: hàbits, caràcter, aficions, actituds...

DADES BANCÀRIES

ENTITAT BANCÀRIA _____

NOM TITULARS _____

Nº COMPTE (IBAN) (24 dígit)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

OBSERVACIONS