



IMPRESINDIBLE PORTAR AL MOMENT DE LA INSCRIPCIÓ:

FOTOCÒPIA: NIF PARE/MARE O TUTOR I TARGETA SANITÀRIA NEN/A

INSCRIPCIÓ CASAL VOLTORS 2017

1. DADES DEL NEN/A	
Cognoms:	
Nom:	Data naixement: ____ - ____ - ____
Adreça:	
Municipi:	
Telèfon contacte 1:	Talla samarreta:
Telèfon contacte 2:	2a samarreta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Adreça electrònica:	
Menjador: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. DADES DELS PARES I/O TUTORS
<p>En/ Na, _____ com a pare/mare o tutor de _____ amb DNI _____ ,</p> <p>1.- Dono el meu consentiment per a la realització i exhibició de fotografies realitzades durant el mateix (Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge) en documentació i mitjans relacionats amb l'activitat. En cas negatiu ho sol·licitaré expressament.</p> <p>2.- Accepto que la responsabilitat de l'equip educatiu acaba un cop finalitzat l'horari de les activitats programades.</p> <p>3.- Dono el meu permís perquè el nen/a realitzi l'activitat al Casal Voltors 2017 des del 26 de juny al 28 de juliol.</p> <p style="text-align: right;">Signatura</p>

3. OBSERVACIONS

En/na (Pare, mare, tutor/a) _____ amb
DNI _____ certifico que el meu fill/a
_____ té alguna malaltia o al·lèrgia:

SI NO

AL·LÈRGIES

- Quina al·lèrgia té?

.....

- Se li administra algun tipus de medicament? Quin? Dosis? Motius?

.....

→ *Cal adjuntar còpia del certificat d'al·lèrgies i/o intoleràncies*

MALALTIES CRÒNIQUES

- Quina malaltia té ?

.....

- Se li administra algun tipus de medicament? Quin? Dosis? Motius?

.....

.....

→ *Recordeu que no s'administrarà cap medicament sense el vostre consentiment ni sense la prescripció mèdica.*

IMPEDIMENTS FÍSICS

- Té algun impediment físic? En cas de tenir-ne, quin és ?

.....

RÈGIM ALIMENTARI

- Té alguna intolerància alimentària? Quina? Segueix algun règim especial?

.....

SAP NEDAR? SI NO

NECESSITA MANGUITOS/BOMBOLLETA? SI NO

4. AUTORITZACIÓ DE SORTIDES

En/na _____ com a pare/mare del
nen/a _____ l'autoritzo a participar a les
sortides culturals, de convivència i recreatives, organitzades pel Casal Voltors al llarg dels mesos
de juny i juliol de 2017 (sortides per les rodalies, anada a la piscina, sortida amb autocar,
colònies...).

Signatura

5. COMUNICACIÓ VIA MÒBIL: WHATSAPP

Voleu rebre informació via "Whatsapp"? SI NO

En cas afirmatiu, a quin número? _____

Normativa:

1. El grup de Whatsapp representa una eina de comunicació d'informació més àgil pel funcionament del casal. Per aquest motiu, en aquest grup, **només pot escriure-hi informació el/la director/a del Casal**. En cas d'haver-hi resposta, i sentint-t'ho molt s'expulsarà dita persona del grup.
2. Si per motius personals és necessari posar dues persones d'un mateix nen/a, és important que es comuniqui als directors.

Signatura

6. AUTORITZACIÓ DE TRASLLAT MÈDIC

En/na _____ amb DNI _____

Autoritzo, com a pare/mare/tutor del nen/a _____

Que sigui traslladat a l'hospital i/o C.A.P més proper, per els/les educadors/es responsables del benestar del seu fill/a, del Casal Voltors en cas de necessitar ajut mèdic urgent o emergent.

Sempre es localitzarà telefònicament els pares o tutors per comunicar la situació del seu fill/a.

Signatura

Signatura

La Bisbal d'Empordà, _____ de _____ de 2017