

ESPLAI DE FALS 24-25

FULL D'INSCRIPCIÓ



Enviar full d'inscripció i foto de la targeta sanitària a: inscripcionsfals@gmail.com

DADES DE L'ALUMNE

Nom _____ Cognoms _____

Data de naixement _____ Edat _____

Adreça _____ Població _____

Pren algun medicament? Quin? _____

És al·lèrgic/a a alguna cosa? Quina? _____

DADES DE LA MARE / PARE / TUTOR/A LEGAL

Nom _____ Cognoms _____

Correu electrònic _____

Telèfon 1 _____ Telèfon 2 _____

AUTORITZACIONS

Jo, _____ amb DNI número _____

com a mare/pare/tutor legal de, _____ l'autoritzo a:

Participar de les activitats i sortides que es duguin a terme a l'Esplai la Falç.

Que pugui aparèixer en imatges preses durant les activitats de l'entitat, sempre i quan la publicació tingui per finalitat difondre les activitats i/o finalitats socials.

Que es puguin prendre mesures mèdico-quirúrgiques en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

Que pugui venir/tornar de casa de manera autònoma sense acompanyament d'un adult.

Declaro que el meu fill/a té cobertura sanitària amb la seguretat social (adjuntar fotocòpia).

Signatura del pare,
mare o tutor/a

Data

PAGAMENTS

Preu anual: 130€ (possibilitat de fer 2 pagaments).

Ingrés mitjançant transferència bancària: B.Sabadell (ES74 0081 1891 6700 0100 2701)

Indicar nom de l'alumne al concepte.

Es requereix que, com a mínim, un dels pares/mares/tutors legals sigui soci de l'ACR de Fals.