

Data de inscripció:  N° \_\_\_\_\_

Noms i cognoms del fill/a: \_\_\_\_\_ Data de naixement: \_\_\_\_\_

Curs acabat del nen/a: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Al·lèrgies: \_\_\_\_\_

Té alguna necessitat especial? \_\_\_\_\_

Pare/ mare/ tutor legal: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Direcció: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_

Telèfon de Contacte: \_\_\_\_\_ Altre telèfon: \_\_\_\_\_

Correu electrònic: \_\_\_\_\_

### Què cal fer per formalitzar inscripció?

- . Omplir el formulari destinat a tal efecte abans de 14 de JULIOL
- . Pagament mitjançant transferència de la totalitat de casal abans del 14 de JULIOL

**ASSOCIACIÓ DE BALL ALOCUBANO**  
**ES72 0081 0332 7400 0129 4132**

- . Còpia la targeta sanitària
- . Còpia de la LLIBRETA de vacunació

### Anul.lacions

L'entitat es reserva el **dret d'anul·lar l'activitat en cas de no cobrir el mínim de places establertes**. En tot cas, l'anul·lació s'haurà de fer, **com a mínim, 12 dies abans de l'inici de l'activitat**.

Si és el **participant qui anul·la la inscripció**, i sempre que ho notifiqui almenys 15 dies abans de l'inici del casal, ens comprometem a retornar el 50% de l'import ja abonat de l'activitat i en el cas de trobar substitució de la plaça el 100%.

\* Posa l'import en els trams que siguin del teu interès

SETMANES	09:00h a13:00h	60€/SET
2 AL 6 D'AGOST		
9 AL 13 D'AGOST		
16 AL 20 D'AGOST		
23 AL 27 D'AGOST		
SUBTOTAL		
*Quota soci: 1r any 15€ ó 2n any 10€		
<b>TOTAL</b>		

### \*Quota soci:

- . 15€ que ja li servirà per si el curs escolar 2020/2021 volgués fer alguna extraescolar a l'Associació.
- . 10€ la renovació de la quota de l'any anterior si no heu fet extraescolars durant l'any.

A Barcelona a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

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.

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.

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.

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.

Signatura: