

D'INSCRIPCIÓ 2017



Noms i cognoms del fill/a: _____ Data de naixement: _____

Curs acabat del nen/a: _____ Al·lèrgies: _____

Pare/ mare/ tutor legal: _____ NIF: _____

Direcció: _____ C.P.: _____ Població: _____

Telèfon de Contacte: _____ Altre telèfon: _____

Correu electrònic: _____

Torns/Preus	SOCI	NO SOCI	DIES SOLTS
Acollida matí 8.00h a 9.00h	15€/setmana	15€/setmana	4€/dia
Matí 9.00h a 13.00h	52€/setmana	62€/setmana	20€/dia
Acollida dinar 13.00h a 14.30h	15€/setmana	15€/setmana	7€/dia
Tarda 15.00h a 17.00h	22€/setmana	27€/setmana	10€/dia

SETMANES	Acollida Matí 8:00h a 9:00h	Matí 09:00h a 13:00h	Acollida Dinar 13:00h a 14:30h	Tarda 15:00h a 17:00h
26 al 30 de juny				
3 al 7 de juliol				
10 al 14 de juliol				
17 al 21 de juliol				
24 al 28 de juliol				

***Marcar am una creu (imprescindible fotocòpia de Targeta Sanitaria)**

VOLS FER-TE SOCI?

<input type="checkbox"/>	SI	1r any 15€	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>		2n any 10€	<input type="checkbox"/>	

Carrer Joncar, 27 Poblenou 08005 Barcelona Tef: 607477786

AUTORITZACIÓ PER A LA PUBLICACIÓ D'IMATGES

En/Na _____

Com a pare/mare o tutor de l'alumne _____

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 PER SORTIR SOLS DEL CASAL D'ESTIU DE ALOCUBANO

Sr./Sra. _____ amb D N I _____

com mare/pare o tutor legal del/la _____

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.

A Barcelona a _____ de _____ de 2017

Signatura

AUTORITZACIÓ PER SORTIDES D'ATENCIÓ MÈDICA

En /na _____ (nom i cognoms), amb DNI

_____ pare, mare o tutor legal, declaro conèixer i autoritzar els desplaçaments i les

activitats que l'infant _____ realitzarà durant l'estança al nostre casal.

Tanmateix autoritzo que 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 a l'infant al centre mèdic més proper.

Els/les responsables de l'activitat, en el seu cas, informaran telefònicament de tots els passos a seguir i actuacions a realitzar.

A Barcelona, a _____ de _____ de 2017

Signatura