

Data de inscripció: N^o

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: _____

	5 DIES		4 DIES	
	Soci	No soci	Soci	No soci
Acollida matí 8.00h a 9.00h	15€/setmana	15€/setmana	12€/setmana	12€/setmana
Matí 9.00h a 13.00h	55€/setmana	70€/setmana	44€/setmana	59€/setmana
Acollida dinar 13.00h a 14.30h	15€/setmana	15€/setmana	12€/setmana	12€/setmana
Tarda 15.00h a 17.00h	22€/setmana	27€/setmana	18€/setmana	24€/setmana

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

SETMANES	8:00h a 9:00h	09:00h a13:00h	13:00h a 14:30h	15:00h a 17:00h	Subtotal
22 al 26 de juny					
29 de juny al 3 juliol					
6 al 10 de juliol					
13 al 17 de juliol					
20 al 24 de juliol					
27 al 31 de juliol					
31 agost al 4 setembre					
7 al 10 de setembre					
Subtotal					
Quota soci: 1r any 15€ ó 2n any 10€					
TOTAL					
1r pagament					
2n pagament					

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: _____

_____ prescrite 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: