

Cal emplenar aquest formulari amb **lletra majúscula** i, un cop fet el pagament, adjunteu el resguard del mateix



DADES DEL/LA PARTICIPANT

Nom Cognoms

Data de naixament Sexe Home Dona

Col·legi Curs Realitzat

DADES DE LA PERSONA PROGENITOR/A/TUTOR/A I CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA

Nom Cognoms

DNI/NIE Telèfon Fix Mòbil

Adreça electrònica

Relació parental amb el/la participant Pare Mare Tutor Legal

Altres contactes

INFORMACIÓ PERSONAL DEL/LA PARTICIPANT

Es mareja amb facilitat: Hemorràgies nasals:

Té dificultats al menjar:

Al·legies

Medicació

Sap nedar

DADES SEGURETAT

NÚM. DNI.: ALUMME PROGENITOR

VACUNES TE TOTES LES VACUNES OBLIGATORIES A LA SEVA EDAT
SI NO

NÚM . TARJETA SANITARIA ALUMNE

ALTRES DADES D'INTERÈS

SETMANES CASAL

25/06-28/06	01/07/-05/07	08/07-12/07	15/07-19/07
22/07-26/07	29/07-02/08		

PREVISIÓ CASAL

AMPLIACIÓ DEL CASAL SI HI HA UN GRUP MÍNIM DE 30 ALUMNES PER SETMANA

05/08/-09/08

AUTORITZACIÓ

AUTORITZACIÓ SORTIDA A PLATJA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AUTORITZACIÓ AL ÚS DE PISCINA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AUTORITZACIÓ DE TRANSPORT EN BUS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AUTORITZACIÓ TRANSPORT PRIVAT	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TOTAL DIES ACOLLIDA MATINAL (08:00 A 9:00H)

TOTAL DIES CARMANYOLA

TOTAL DIES CATERING

TOTAL DIES PERMANENCIA TARDA (15:30 A 17H)

TOTAL SETMANES SLEEP-OVER

RESERVES DE LES EXCURSIONS Y SLEEP OVER	SI	NO
1 SLEEP OVER DEL 4 AL 5 DE JULIOL	<input type="text"/>	40 € <input type="text"/>
2 SORTIDA AL AQUALEON 12 JULIOL	<input type="text"/>	35 € <input type="text"/>
3. SLEEP OVER DEL 18 AL 19 DE JULIOL	<input type="text"/>	40 € <input type="text"/>
4. CALAFELL AVENTURA PARK 26 JULIOL	<input type="text"/>	25 € <input type="text"/>

DECLARO I AUTORITZO

DECLARO:

1. Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/ada a comunicar a la entitat CAMBRIDGE SCHOOL qualsevol variació que pògués produir-se d'ara endavant.
2. Que estic al corrent i accepto les condicions de l'empresa CAMBRIDGE SCHOOL

AUTORITZO:

1. **AUTORITZO** al meu/meva fill/a o tutelat/ada a assistir a l'activitat sol·licitada d'acord amb les condicions establertes.
AUTORITZO **NO AUTORITZO**
2. Que el personal responsable traslladi el/la meu/meva fill/a en el vehicle privat destinat a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents
AUTORITZO **NO AUTORITZO**
3. Que el personal responsable de l'activitat administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o la medicació que s'indiqui en un document per escrit en el moment que comenci el
AUTORITZO **NO AUTORITZO**
4. Donat que el dret de la pròpia imatge està recunegut a l'article 18,1 de la Constitució i regulat per la LLEI 5/1982, de 5 de MAIG sobre el DRET A L'HONOR, A LA INTIMITAT PERSONAL I FAMILIAR I A
AUTORITZO **NO AUTORITZO** a la empresa organitzadora a fer fotografies i filmacions durant el desenvolupament del casal, per fer-ne ús en el marc de les actuacions del mateix, com la seva difusió, transformació i reproducció.
5. En el compliment de l'article 5 de la LLEI ORGÀNICA 15/1999, de 13 de Desembre, DE PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL **AUTORITZO** que les dades consignades en el present formulari s'incorporin al fitxer "BASE DE DADES" amb la finalitat de fer una correcta Gestió per dur a terme l'activitat.
6. Persones autoritzades per recollir al alumne:

- | | | |
|-------------------|---------|----------|
| 1. Nom i cognoms: | D.N.I.: | Relació: |
| 2. Nom i cognoms: | D.N.I.: | Relació: |
| 3. Nom i cognoms: | D.N.I.: | Relació: |
| 4. Nom i cognoms: | D.N.I.: | Relació: |

INGRÉS BANCARI O TRANSFERÈNCIA AL Nº DE COMPTE:

ES90 0182 4259 0102 0163 3737

Patricia Murillo Jiménez BBVA /

Amb el nom del/la participant, i setmana del casal

EFFECTIU

ENTRADA CASAL

En/na

amb DNI/NIE

Signatura

Cubelles

a

2023

