

Foto

**Dades del participant**

Nom i cognoms:.....

Data de naixement:.....

Adreça:..... Població:.....

Telèfon 1:..... 2:..... Curs: .....

e-mail:.....

**Marqueu amb una creueta les opcions que desitgeu.**

TORN	9-13h	9-15h	9-17h	8-9h Acollida
1ª setmana				
2ª Setmana				
3ª Setmana				
4ª Setmana				
5ª Setmana				
6ª Setmana				
Setembre				

**Autorització personal i mèdica:**

Jo,..... amb DNI....., pare/mare, familiar o tutor legal, de ..... l'autoritzo a participar al Casal d'Estiu L'Estel 20\_\_

També l'autoritzo a que participi de les sortides programades en l'activitat i que es realitzaran fora del centre escolar.

Confirmo que l'infant està en condicions de salut aptes per a participar a totes les activitats proposades.

En cas d'accident, autoritzo a que l'equip de monitors demani assistència mèdica i que l'infant pugui ser traslladat al centre mèdic proper si fos necessari.

Pateix alguna malaltia crònica? Sí/No

Quina.....

Pateix algun tipus d'alteració física o psíquica? Sí/No

Quina.....

Pren algun tipus de medicació de forma periòdica? Sí/No Quina.....

Pateix alguna al·lèrgia o intolerància? Sí/No Quina.....

Fa algun tipus de regim especial? Sí/No Quin.....

Es mareja quan viatge amb autocar? Sí / No

Sap nedar? Sí / No

Si a cursat enguany P3, esta acostumat a fer migdiada? Sí / No

Altres observacions:

.....

.....

.....

Les dades que ens faciliteu en aquest formulari **no** seran incorporades a cap base de dades i es faran servir exclusivament pel correcte funcionament de l'activitat.

Així mateix, us informem que durant les activitats Brúixola pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual de les nostres activitats i serveis, i que podrà utilitzar-los amb fins propis d'informació i difusió en mitjans com tríptics informatius o la nostre pagina web.

Marqueu amb una X, Sí / No autoritzo que aparegui cap imatge del participant.

Data:

Signatura:

