

Full d'Inscripció Casals



Dades del participant

NOM i COGNOMS _____

D.N.I. _____ DATA DE NAIXEMENT: ____ / ____ / ____

DOMICILI : _____ N° _____ PIS _____

POBLACIÓ: _____ CP: _____

NOM i COGNOMS pare/mare/tutor _____

MAIL: _____

TEL: _____ MÒBIL: _____

Targeta Sanitaria: _____

aL·lègies o intoleràncies : Sí No Quines? _____

* Malalties : Sí No Quines? _____

* Medicació : Sí No Quina? _____

En cas que durant el casal, s'hagi d'administrar alguna medicació, és imprescindible aportar la recepta mèdica i la dosi exacta.

Dades de l'activitat

TIPUS: Estiu Setembre Nadal Setmana Santa

Dies: _____

Horari: ·9 a 13h · 14h

Dades bancàries

Titular de la CCC: _____ D.N.I. _____

Autoritzo a l'Associació Cultural Artística Del Blau al Groc a que carregui la quota d'inscripció del Casal a:

Iban: es _____
Entitat Oficina Control Núm. Clien

Barcelona,dede.....

Signatura:

*M'he informat i accepto les condicions de pagament, reserva de plaça, devolucions i anul·lacions especificades en les dades importants de la web.

*Tot rebut que ens vingui retornat tindrà un increment de 5 euros per despeses de devolució (és la comissió que ens aplica el banc) La resta de condicions de pagament s'especificuen en les dades importants de la web.

delblaualgroc.com
hola@delblaualgroc.com
935 160 800 (17:00 - 21:00)
C/Alexandre Galí 17-19,
08027 -Barcelona

Autoritzacions

Jo Sr./Sra..... *Amb D.N.I* -----

autoritzo com a pare, mare o tutor de:.....



delblaualgroc.com
hola@delblaualgroc.com
935 160 800 (17:00 - 21:00)
C/Alexandre Galí 17-19,
08027 -Barcelona

1. A participar en el Casal organitzat per l'Associació Cultural Artística Del Blau al Groc.

2. A que el meu fill/filla realitzi les sortides als museus programades en el Casal i altres activitats a l'aire lliure programades en l'entorn del barri del Congrés.

3. Que si el cas és lleu, es truqui a la família per a que vinguin a buscar al participant. Que en cas de malaltia o accident greu, l'organització demani assistència mèdica i en cas d'urgència, es prenguin decisions mèdiques (sempre per decisió facultativa del CAP més proper) i des d'allà es trucarà a la família. Que en cas molt greu, es truqui al 061 per a que vingui una ambulància i el porti a l'hospital.

autoritzo *no autoritzo* *indicacions:* -----

4. Que les persones següents puguin recollir el meu fill/filla, un cop finalitzades les activitats del casal.

Nom, cognom i dni de les persones autoritzades: -----

5. Que el meu fill/filla surti sol del Casal sense ser acompanyat per un adult.

autoritzo *no autoritzo*

6. Que les imatges del meu fill/filla puguin aparèixer en en fotografies i vídeos per il·lustrar materials comunicatius de l'Associació Cultural Artística del Blau al Groc.

autoritzo *no autoritzo*

Signatura:

Avis Legal

D'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal (LOPD), us informem que les vostres dades o les dels vostres fills s'inclouen en el fitxer "socidelblaualgroc", el responsable del qual és l'Associació Cultural Artística del Blau al Groc. Les vostres dades seran tractades amb l'única finalitat d'informar-vos dels actes i activitats de l'Associació. En qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant una comunicació escrita, a la qual heu d'adjuntar una fotocòpia del DNI, adreçada a c/Alexandre Galí, 17-19.