



ACTIVITATS CURS 2019-20

Remove Watermark Now

Dades bàsiques

Nom i cognoms

Data de naixement

Adreça

Població

Telèfons

Adreça electrònica

Escola

Curs

Aula

Soci de l'AMPA?

Si
No

En cas d'urgència hem d'avisar:

Persona (nom i vincle)

Telèfons

Recollida de les activitats extraescolars

Vindrà sempre el pare/mare a buscar-lo?

Si
No

Marxarà sol a casa?

Si
No

En cas contrari, a quines persones autoritzeu?

Nom i cognoms

Parentiu

DNI

Nom i cognoms

Parentiu

DNI

Nom i cognoms

Parentiu

DNI

Observacions

Documentació que cal portar

Fotocòpia de la targeta sanitària

Foto de carnet del nen/a

Número de compte corrent (en el cas de triar l'opció de domiciliació bancària)

Dades

inscripció Activitat

Marca l'activitat

Dies que assistirà a l'acollida

Acollida Matinal 0'5 h

Acollida Matinal 1 h

Acollida Matinal 1'5h

Acollida Tarda 0'5 h

Acollida Tarda 1 h

Acollida Tarda 1'5 h

Robòtica

Coaching i intel·ligència emocional

Cooking in English

Art in English

Deures i Reforç Escolar

Fem Esplai

Teatre

Música

Periodistes - Youtube

Playing English

Cambridge English: Starters

Cambridge English: Movers

Cambridge English: Flyers



Acollida Matinal

Quota mensual

Quota trimestral

Activitats Extraescolars

Quota mensual

Quota Trimestral

Forma de Pagament

A l'oficina en efectiu o targeta

Domiciliació Bancaria: IBAN

Per la present autoritzo a l'empresa GRUP D'ENTITATS EL VENDRELL EDUCACIÓ I LLEURE LA BALLARUGA al cobrament del rebut de les activitats del curs 2019-20 amb càrrec al meu compte

Dades mèdiques

NÚM. TARGETA SANITÀRIA. *(Cal adjuntar fotocòpia de la targeta sanitària)*

Té alguna discapacitat? (física, psíquica, sensorial)	☐ SI	☐ NO	Quina?
Té algun problema de mobilitat?	☐ SI	☐ NO	Quin?
Pateix enuresis? (incontinència urinària)	☐ SI	☐ NO	Sovint?
Pateix alguna intolerància/al·lèrgia alimentària?	☐ SI	☐ NO	Quina?
És al·lèrgic/a algun medicament?	☐ SI	☐ NO	Quin?
Es fatiga fàcilment?	☐ SI	☐ NO	
Pateix o ha patit alguna malaltia important?	☐ SI	☐ NO	Quin tractament rep?
Es posa malalt/a amb freqüència?	☐ SI	☐ NO	De què?

Informació mèdica destacable:

Autorització familiar

Jo, en/na

amb DNI

pare/mare/tutor legal

AUTORITZO A:

A assistir a l'activitat sol·licitada, sota les condicions d'inscripció establertes i un cop fet el pagament.

De conformitat amb el que disposa el reglament general de protecció de dades (RGPD) l'informem que les dades personals consignades en aquest document són incorporades en fitxers titularitat de LA BALLARUGA i entitats vinculades amb la finalitat

de gestionar els serveis que ofereix aquesta entitat. El sotasignat autoritza de forma expressa el tractament d'aquestes dades, així com futures dades que pugui facilitar-nos per a la correcta prestació del servei, incloses dades especialment sensibles (com informació sanitària d'interès). LA BALLARUGA es compromet a tractar aquestes dades amb la màxima reserva Així mateix, el sotasignat autoritza a que les dades puguin ser conservades per gestionar adequadament ulteriors encàrrecs que pugui realitzar-nos. Les dades dels usuaris poden ser publicades en els taulells d'anuncis dels centres on LA BALLARUGA desenvolupa l'activitat, i comunicades als efectes acreditatius oportuns a l'Escola o entitat a través de la qual contracta els nostres serveis, així com als Organismes i Institucions subvencionadores de l'activitat a la qual s'inscriu.

☐ Tanmateix autoritzo a l'ús de la imatge personal del meu fill/filla per a fotografies, vídeos i material audiovisual que es realitzi durant l'activitat.

☐ Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que calgués adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

☐ Signo aquest document per a què quedi constància

Data