



## ACTIVITATS CURS 2016-17

### 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)



laBallaruga

## ACTIVITATS CURS 2016-17

### Dades inscripció

#### Activitat

#### Marca l'activitat

#### Dies que assistirà a l'acollida

Acollida Matinal 0'5 h

Acollida Matinal 1 h

Acollida Matinal 1'5 h

Racons de Teatre

Fem d'Actors

Espai Jove Teatre

Som Artistes

Robotica

Escacs / Juguem amb les matemàtiques

El Granx Xef

Playing English

Anglès Starters

Anglès Movers

Anglès Flyers

Colònies en Anglès

Setmana Santa(P3-6È)

\*Complementa l'activitat d'anglès del curs escolar amb facilitat de pagament.

#### **Acollida Matinal**

Quota mensual

Quota trimestral

#### **Activitats Extraescolars**

Quota mensual

Quota Quadrimestral

#### **Forma de Pagament**

A l'oficina en efectiu o targeta

Domiciliació Bancaria: IBAN

ENTITAT

OFICINA

DC

NÚM DE COMPTE

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 2015-16 amb càrrec al meu compte



## ACTIVITATS CURS 2016-17

### Dades mèdiques

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

- |   |                             |                             |                      |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Té alguna discapacitat? (física, psíquica, sensorial) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Quina?               |
| Té algun problema de mobilitat?                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Quin?                |
| Pateix enuresis? (incontinència urinària)             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Sovint?              |
| Pateix alguna intolerància/al·lèrgia alimentària?     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Quina?               |
| És al·lèrgic/a algun medicament?                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Quin?                |
| Es fatiga fàcilment?                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |                      |
| Pateix o ha patit alguna malaltia important?          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Quin tractament rep? |
| Es posa malalt/a amb freqüència?                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> 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 la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) 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