



Ompliu aquest full d'inscripció i ens el feu arribar a l'oficina de l'AMPA

ENGANXAR
FOTO DE
L'INFANT

Nom i cognoms: _____

Curs: _____

Data de naixement: __/__/__

Adreça: _____

Localitat: _____ CP: _____

Email de contacte: _____

Telèfons en cas d'urgència:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Núm. CATALUT: (inclou les lletres i xifres): ____/____/____/____/____/____

***ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA O TARGETA SANITÀRIA**

Indiqueu els horaris als que us inscriviu:

- ACOLLIDA de 08:00h a 09:00h – QUINS DIES? _____
- MATÍ de 09:00h a 14:00h – QUINS DIES? _____
- DINAR de 14:00h a 15:30h – QUINS DIES? _____
- TARDA de 15:30h a 17h – QUINS DIES? _____

PREUS		4 dies (tota la setmana santa)		1 dia	
		1er fill/a	2on fill/a	1er fill/a	2on fill/a
Acollida	07:45h a 09:00h	10€	9€	4€	3.5€
Matí	09:00h a 14:00h	36€	33€	25€	23€
Dinar	14:00h a 15:30h	25€	23€	9€	8€
Tarda	15:30h a 17:00h	14€	13€	5€	4.5€

PAGAMENT: **Preu Total:** _____

TRANSFERÈNCIA BANCÀRIA AL NÚMERO DE COMPTE: ES13-0081-5126-1300-0123-8030 (indicant els cognoms del nen/a + CEIP RIBATALLADA). **Adjuntar comprovant de pagament**

PLACES LIMITADES PER ESTRICTE ORDRE DE INSCRIPCIÓ. En cas de disponibilitat de places s'anunciaran l'últim dia del termini de inscripcions. Termini de inscripció del 26/03 al 07/04.

NO S'ACCEPATRÀ CAP INFANT QUE NO HAGI FET EL PAGAMENT DE L'ACTIVITAT

NO ES FARAN DEVOLUCIONS UNA VEGADA FET EL PAGAMENT

Fitxa PARE O TUTOR LEGAL:

Nom:.....
Cognoms:.....
Domicili:.....
Telèfon de contacte:
Email:.....

Fitxa MARE O TUTORA LEGAL:

Nom:.....
Cognoms:.....
Domicili:.....
Telèfon de contacte:
Email:.....

ASPECTES SANITARIS IMPORTANTS:

Al·lèrgies:

Intoleràncies Alimentàries:

L'infant té necessitats especials educatives? Quines?:

Pren alguna medicació habitualment:

OBSERVACIONS VÀRIES A TENIR EN COMPTE:

.....
.....
.....

Nosaltres, com a pare, mare o tutors de l'infant **AUTORITZEM** a VILLAGE NIU SABADEL, durant l'estada a l'activitat inscrit a:

1. **EN CASOS D'ACCIDENTS O INCIDENT.** Actuar davant la situació produïda amb els mitjans que es puguin disposar, així com traslladar a l'infant a un centre mèdic, en cas que fos necessari, i amb els mitjans disponibles.

SI AUTORTIZEM

NO AUTORITZEM

2. **MEDICAMENTS.** A l'educador/a, en cas de ser absolutament impossible recollir l'infant immediatament, a donar el medicament si el nostre fill té febre superior a 37,5°, en la dosi següent:

OBSERVACIONS:

.....
.....
.....

3. **PER RECOLLIR ALS INFANTS.** En el moment de recollir els nenes/es la persona autoritzada **haurà de presentar el DNI o dir telèfon del familiar anotat:**

Nom i Cognoms	Adreça	Telèfon	DNI
1.			
2.			
3.			

4. **PROTECCIÓ DE DADES.** Responsable: Identitat: Associació Village Activitats Juvenils - NIF: G67200048 DE Sabadell - Barcelona AMB email elect: SABADELL@VILLAGENIU.NET . En nom de l'entitat tractem la informació que ens facilita per tal d'oferir el servei sol·licitat i realitzar la facturació del mateix. Les dades proporcionades es conservaran mentre es mantingui la relació comercial o durant els anys necessaris per complir amb les obligacions legals. Les dades no es cediran a tercers excepte en els casos en què hi hagi una obligació legal. Vostè té dret a obtenir confirmació sobre si en Associació Village Activitats Juvenils estem tractant les seves dades personals per tant té dret a accedir a les seves dades personals, rectificar les dades inexactes o sol·licitar la seva supressió quan les dades ja no siguin necessaris.

Així mateix sol·licitem la seva autorització per oferir-li informació referent als nostres serveis i activitats mitjançant email i/o sms.

SI AUTORTIZEM

NO AUTORITZEM

5. **DRETS D'IMATGE.** Atès que el dret a la imatge es troba regulat per l'article 18.1 de la Constitució, per la Llei Orgànica 1/1982 sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, i per la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, L'ENTITAT VILLAGE NIU sol·licita el vostre consentiment - de forma gratuïta i amb renúncia formal a qualsevol contraprestació econòmica - per publicar la teva imatge, de forma clarament identificable, en fotografies i gravacions corresponents a les seves activitats i serveis, i que s'exposin públicament a la pàgina web, Facebook, Instagram, revistes o altres publicacions internes o de tercers, així com a reproduir-la públicament per a la promoció de les activitats i serveis.

SI AUTORTIZEM

NO AUTORTIZEM

6. **PER A TOTES LES SORTIDES.** Autoritzem a sortir del centre per a les sortides que es puguin fer en les activitats inscrit l'infant:

SI AUTORTIZEM

NO AUTORTIZEM

7. **DE LA PRÀCTICA ESPORTIVA.** Declarem sota la nostra responsabilitat que el nostre fill/a es troba en condicions per a la pràctica d'activitat física.

Indiqueu si el vostre fill pateix algun tipus de malaltia que hauríem de tenir en compte al realitzar la pràctica esportiva.

8. **COMUNICACIÓ AMB VILLAGE NIU.** Quedo informat que disposem de l'adreça d'email ribatallada@villageniu.net per poder realitzar qualsevol comunicació amb el coordinador/a del Campus.

A Sabadell a de2018

Signem els presents documents per què quedi constància en ferm de les nostres respostes:

Signatura pare/tutor legal

Signatura mare/tutora legal