



FULL D'INSCRIPCIO EXTRAESCOLARS

Documentació

necessària:

- Fotocòpia de la tarja de l'Institut Català de la Salut.
- Documentació si es pateix algún tipus de malaltia o al·lèrgia

NOM		ESCOLA	
COGNOMS		CURS/GRUP:	
DATA DE NAIXEMENT		LLOC DE NAIXEMENT	
ADREÇA			
MUNICIPI		C.P.	
TELÈFON		TELÈFON MÒBIL	
ADREÇA ELECTRÒNICA			
NOM DEL MARE/PARE/TUTOR/A			

Marqueu amb una "X" les extraescolars desitjades:

INICI AL DIBUIX I MANGA

DADES MEDIQUES (Omplir pel pare/mare/tutor)

Cal omplir aquest apartat amb deteniment, és important pels responsables de l'activitat i/o metge que l'hagués d'atendre en cas d'urgència.

TE MALALTIA CRÒNICA?		QUINA/ES?	
PREN ALGUN MEDICAMENT?		QUIN/S?	DOSI/FREQUENCIA:
TE ALGUNA AL·LÈRGIA?		QUINA/ES?	

En cas d'accident o urgència mèdica on sigui necessària assistència mèdica, autoritzo l'equip mèdic a realitzar-la. Per a donar la meua conformitat signo en la present autorització.

Signatura mare/pare/tutor.

Autorització de participació a les activitats

En/na _____ (nom i cognoms del

PARE/MARE/TUTOR) Amb DNI _____ com a pare/mare/tutor, AUTORITZO a l'alumne/a abans anomenat a realitzar l'activitat esmentada i em dono per assabentat de les normes de convivència de les activitats extraescolars per aquest curs 2025-26 i les accepto.

Autorització d'imatge

En/na _____ Amb DNI _____ pare/mare/tutor de l'alumne/a _____

AUTORITZO que la imatge d'aquest/a alumne/a pugui aparèixer en fotografies corresponent a extraescolars organitzades per l'AMPA o qui hi colabori i publicades en la pàgina web de l'AMPA, en mitjans de comunicació públics i privats (televisió, premsa, revista escolar...) i en presentacions digitals.

Dades Bancàries

Dono la conformitat per a que l'empresa responsable retiri la quantitat de diners pactada segons l'activitat escollida i alhora em faig responsable de qualsevol càrrega bancària addicional deguda a devolucions de rebuts o alguna incidència bancària.

Entitat: _____

___ Titular del

compte: _____ DNI

Titular del compte: _____

-- -- -- --

IBAN Entitat Oficina DC N° de compte _____,

a _____ de _____ de 2025

Signatura pare/mare o tutor signatura del titular del compte