



AJUNTAMENT DE SARRIÀ DE TER

Àrea d'Esports



# Casalet 2008

## JULIOL

	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	
28	29	30	31	1

## AGOST

4	5	6	7	8
11	12	13	14	
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

Nº.....

DATA D'INSCRIPCIÓ : .....

EDAT : .....

NOM : .....

CURS ESCOLAR 2007/2008: .....

ORGANITZA :

## FULL D'INSCRIPCIÓ AL CASAL ESPORTIU D'ESTIU 2008

Per mesos sencers						
	Juliol			Agost		
Matí						
Tarda						
Dinar						

NOM I COGNOMS DEL NEN/A : ..... EDAT : .....

CARRER: ..... NÚM.: .....

POBLACIÓ: ..... TELÈFON 1 : .....

TELÈFON 2 : ..... TELÈFON 3 : .....

ALUMNE DE L'ESCOLA: ..... CURS: .....

NOMBRE DE GERMANS/ES: ..... LLOC QUE OCUPA ENTRE ELLS: .....

HA PARTICIPAT EN ALGUN ALTRE CASAL, COLÒNIA, CAMPAMENT, ETC ? : .....

QUIN ? : .....

NOM I COGNOMS PARE/MARE O TUTOR/A : .....

EMPRESA ON TREBALLA: ..... TELÈFON: .....

### DOCUMENTACIÓ QUE CAL PRESENTAR :

- **Fotografia tamany carnet.**
- **Certificat mèdic** (model adjunt) degudament omplert i signat, on constin les vacunes del nen o nena i, si cal, al·lèrgies, malalties cròniques i la medicació que se li subministra.( amb la fotocòpia del llibre de vacunes).
- **Autorització per assistència al casal, i d'intervenció quirúrgica** en cas de no poder localitzar els pares o tutors (inclosa en aquest full d'inscripció), degudament signada.
- **Permís d'imatge**
- **Fitxa sanitària del nen** (inclosa en aquest full d'inscripció),
- **Fotocòpia de la Tarja Sanitària** on consti el nen o nena.
- **Fotocòpia del llibre de família.**
- Si es vol sol·licitar beca, cal demanar la "Sol·licitud d'Ajut Individual" al mateix punt d'informació (La Cooperativa)

## FITXA SANITÀRIA

NOM I COGNOMS DEL NEN/A : .....

NÚMERO CARTILLA SEGURETAT SOCIAL DELS PARES: .....

ALTRES TIPUS D'ASSEGURANCES .....

ES MAREJA AMB FACILITAT ? ..... AL CAMINAR ES CANSA AVIAT ? .....

MALATIES MES FREQUENTS (faringitis, refredats, angines, mal de queixal, indigestió, estrenyiment, reumatisme, infantil, bronquitis, enuresis nocturna) .....

.....

PATEIX SOVINT HEMORRÀGIES ? ..... PATEIX SOVINT INSOMNI ? .....

PATEIX DEL COR ? ..... PATEIX CONVULSIONS ? .....

PATEIX ALÈRGIES D'ALGUNA MENA ? .....

TE PARÀSITS INTESTINALS ? .....

PREN ALGUN MEDICAMENT ESPECIAL ? ..... QUIN ? .....

ADMINISTRACIÓ .....

SEGUEIX ALGUN RÈGIM ESPECIAL ? ..... QUIN ? .....

.....

ALTRES OBSERVACIONS QUE CALGUI FER CONSTAR:

.....

.....

---

## PERMÍS D'IMATGE

Nom.....amb DNI:.....

com a pare, mare o tutor del nen/a.....

**AUTORITZO** que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats d'esplai o sortides organitzades pel Casal Esportiu de Sarrià de Ter i exposades en els seus locals, revista de Sarrià, pàgina web, propagandes o altres publicacions.

**Signatura**

## **AUTORITZACIÓ DELS PARES O TUTORS**

En ..... amb D.N.I. núm. ....

actuant en qualitat de ..... autoritza a .....

perquè participi al casal d'estiu del dia ..... al dia ..... en les condicions establertes, i fa extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa pertinent.

Sarrià de Ter, .....de..... de 2008.

**Altre domicili o telèfon dels pares o responsables durant l'estiu, en cas de ser diferent de l'habitual, o telèfon del lloc de treball.**

Carrer.....nº.....

Població.....Telèfon particular.....

Lloc de treball..... Horari de treball.....

Telèfon del treball.....

### **IMPORTANT:**

1. Cal fer la inscripció abans d'acabar els terminis indicats, presentant tota la documentació sol·licitada una setmana abans de l'inici del casal
2. **El preu de la inscripció inclou les despeses per a monitors, l'assegurança, la samarreta i la gorra.**
3. En cas d'anul·lacions, només es retornarà l'import total de la inscripció avisant amb més de 10 dies d'antelació a l'inici de l'activitat, i el 75% de l'import fins a l'inici d'aquesta, prèvia sol·licitud per escrit a l'alcalde o regidor d'esports, que en el cas de malalties, hauran d'anar acompanyades del corresponent certificat metges.
4. **Un cop començada l'activitat, no es podrà fer cap devolució de l'import de la inscripció.**
5. Qualsevol altre causa no contemplada en la present normativa, serà resolta per l'Ajuntament
6. La signatura de la present sol·licitud, implica la acceptació total de la present normativa

**Signatura**

## INFORME MÈDIC

En / Na : .....

Llicenciat en medicina i cirurgia, col.legiat/ada amb el n<sup>o</sup> :.....

Fa saber el seu reconeixement al noi/a :.....

.....

DIAGNOSTICA : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., ..... de ..... de 2008.

**Signatura**

