

Número inscripció: \_\_\_\_\_

### CASAL D'ESTIU 2010-FULL D'INSCRIPCIÓ

Benvolguts pares i mares:

Per tal d'inscriure correctament els vostres fills cal que formalitzeu els tràmits necessaris.

1. Omplir els fulls que adjuntem corresponents al full d'inscripció de l'infant, la fitxa d'estada, el full d'autoritzacions, la fitxa mèdica i el certificat d'aptitud final (si s'escau).
2. Adjuntar una fotografia de l'infant, una fotocòpia de la targeta sanitària i una fotocòpia del carnet de vacunes (en cas de no posseir-lo, cal omplir el certificat d'aptitud final).
3. Realitzar el pagament del 30% de l'import total corresponent a les setmanes que inscriviu al vostre fill o filla.
4. Formes de pagament:
  - Directament al casal.
  - Domiciliació bancària: 2030 0047 01 5260085894

#### A OMLIR PELS PARES

Nom i cognoms de l'infant: \_\_\_\_\_

Edat: \_\_\_\_\_ Adreça: \_\_\_\_\_

Pis: \_\_\_\_\_ Porta: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Telèfons de contacte durant el casal: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Adreça de correu electrònic de contacte: \_\_\_\_\_

Nom del pare o tutor: \_\_\_\_\_

Nom de la mare o tutora: \_\_\_\_\_

Com arribarà al casal: \_\_\_\_\_

Qui està autoritzat a recollir l'infant: \_\_\_\_\_

Sap nedar?  Sí  NO

<b>FITXA D'ESTADA</b>
-----------------------

Nom de l'infant: \_\_\_\_\_

Marqueu la casella corresponent per indicar-nos quines setmanes participarà l'infant al casal.

TORN	SÍ	NO
Setmana del 28 de juny al 2 de juliol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setmana del 5 al 9 de juliol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setmana del 12 al 13 de juliol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setmana del 19 al 23 de juliol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setmana del 26 al 30 de juliol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setmana del 2 al 6 d'agost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setmana del 9 al 13 d'agost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marqueu la casella corresponent per indicar-nos quin tipus d'estada us interessa més (preus per setmana i participant).

ESTADA	HORARI	PREU	SÍ	NO
1. Matí	9:00-13:00	58'55 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Matí + Dinar	9:00-15:00	69'65 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Matí + Dinar + Tarda + Berenar	9:00-17:00	89'83 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Matí + Tarda + Berenar	9:00-13:00/15:00-17:00	75'69 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El preu de l'estada inclou:

- Totes les activitats programades i el material fungible (**NO** inclou excursions amb autobús).
- Assegurança de lleure i de responsabilitat civil.
- Entrada a la piscina municipal.
- Estada d'una nit a la casa de colònies o en tendes de campanya.

Petita descripció de l'infant (aficions, interessos, caràcter, etc.):

---



---



---



---



---



---



---



---

**AUTORITZACIÓ DELS PARES**

En/Na \_\_\_\_\_, amb document nacional d'identitat número \_\_\_\_\_, autoritza el seu fill/filla, \_\_\_\_\_, a assistir al casal d'estiu que organitza la casa de colònies Ca n'Oliver.

SÍ  NO Autoritzo a la casa de colònies Ca n'Oliver a fer ús de la imatge del meu fill/de la meva filla.

SÍ  NO Autoritzo a prendre les decisions medicoquirúrgiques, sota la direcció facultativa adequada, necessàries en cas d'extrema urgència.

SÍ  NO Autoritzo al meu fill/filla a banyar-se en piscines públiques o privades, rius, pantans, basses, llacs o al mar.

SÍ  NO Autoritzo l'ús de vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat del meu fill/filla, en el cas de necessitar atenció mèdica.

SÍ  NO Autoritzo a efectuar petites cures i subministrar, **NOMÉS**, antitèrmics, antiestamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol, àcid acetilsalicílic o ibuprofè, per part de l'equip de dirigents.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

SIGNATURA PARE, MARE O TUTOR LEGAL

**FITXA MÈDICA**

Nom i cognoms de l'infant: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_ Pis: \_\_\_\_\_ Porta: \_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Telèfon de contacte: \_\_\_\_\_

Indicar amb una X:

	SÍ	NO
Porta ulleres?		
Porta lents de contacte?		
Porta plantilles?		
Es mareja amb facilitat?		
Pateix hemorràgies (nasals o altres)?		
Pateix del cor?		

Pateix alguna al·lèrgia?  SÍ  NO

En cas afirmatiu indiqueu de quin tipus es tracta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pateix alguna malaltia crònica o recurrent?  SÍ  NO

En cas afirmatiu indiqueu de quin tipus es tracta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segueix alguna dieta especial?  SÍ  NO

En cas afirmatiu indiqueu de quin tipus es tracta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pren algun medicament?  SÍ  NO

Quin? \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_

Horari: \_\_\_\_\_

<b>CERTIFICAT D'APTITUD FINAL</b>
-----------------------------------

El doctor/La doctora \_\_\_\_\_, amb  
número de col·legiat/col·legiada \_\_\_\_\_, certifica que  
l'infant \_\_\_\_\_, tot i no estar vacunat segons  
la normativa sanitària vigent, està sa i no suposa cap perill d'infecció o  
transmissió de malalties per a cap altre infant.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

Signatura del metge

Signatura del pare, mare  
o tutor legal de l'infant