



FULL D'INSCRIPCIÓ - CASAL D'HIVERN

Dades personals:

Nom: Cognoms:.....
 Edat: Curs escolar:..... Telèfon:
 Mare:..... Telèfon contacte:.....
 Pare:..... Telèfon contacte:.....
 email:.....

Horari en el que voleu assistir al Casal:

març (del 7 al 11)	Acollida (8 a 9h): _____
	Casal: 9 a 13h: _____ 9 a 15h: _____ 9 a 17h: _____

Hàbits alimentaris:

Hi ha algun aliment que el vostre fill/a NO pugui menjar, quin?.....
 Ha de fer algun règim especial. Quin?.....
 *En cas d'al·lèrgia adjuntar certificat mèdic

En/Na..... amb DNI n°..... com a mare / pare / tutor, autoritzo al meu fill/a a assistir a les activitats organitzades pel casal d'hivern, i certifico amb la meua signatura l'autenticitat de totes les dades que apareixen en aquest document, fent extensiva aquesta autorització de tipus general a les següents autoritzacions específiques:

MÈDIQUES: autoritzo les decisions mèdiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa Si No

Signatura



FULL D'INSCRIPCIÓ - CASAL D'HIVERN

Dades personals:

Nom: Cognoms:.....
 Edat: Curs escolar:..... Telèfon:
 Mare:..... Telèfon contacte:.....
 Pare:..... Telèfon contacte:.....
 email:.....

Horari en el que voleu assistir al Casal:

març (del 7 al 11)	Acollida (8 a 9h): _____
	Casal: 9 a 13h: _____ 9 a 15h: _____ 9 a 17h: _____

Hàbits alimentaris:

Hi ha algun aliment que el vostre fill/a NO pugui menjar, quin?.....
 Ha de fer algun règim especial. Quin?.....
 *En cas d'al·lèrgia adjuntar certificat mèdic

En/Na..... amb DNI n°..... com a mare / pare / tutor, autoritzo al meu fill/a a assistir a les activitats organitzades pel casal d'hivern, i certifico amb la meua signatura l'autenticitat de totes les dades que apareixen en aquest document, fent extensiva aquesta autorització de tipus general a les següents autoritzacions específiques:

MÈDIQUES: autoritzo les decisions mèdiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa Si No

Signatura