



DADES PERSONALS DEL NEN/A

1r COGNOM:	
2n COGNOM:	
NOM:	
ADREÇA:	
TELÈFON	
TELÈFON URGÈNCIA	
NOM DEL PARE/MARE:	
CORREU ELECTRÒNIC:	
DATA DE NAIXEMENT:	GRUP:
DATA INICI SERVEI:	

HORARI	DIES QUE FARÀ US DEL SERVEI D'ACOLLIDA				
7:45H A 9:00H	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
8 A 9:00H	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
8:30 A 9:00H	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
16:30 A 17:00H	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
16:30 A 17:30H	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES

TARIFES DEL SERVEI

	SETEMBRE/JUNY		OCTUBRE/MAIG	
	ESP.	Fixe	ESP.	Fixe
30 MINUTS	3€/dia	15€	3€/dia	22€
1 HORA	4€/dia	22€	4€/dia	35€
1H I 15 MINUTS	5€/dia	26€	5€/dia	40€

* ES CONSIDERA USUARI FIX AQUELL QUE FA 5 DIES PER SETMANA

FORMA DE PAGAMENT/DEVOLUCIONS

El pagament de l'acollida es podrà fer de 3 maneres diferents:

1. Per domiciliació bancària (en aquest cas ens haureu de signar el document d'autorització per girar el rebut). El rebut es girarà de l'1 al 5 de cada mes.
2. Per transferència bancaria. Cal que feu l'ingrés de l'1 al 5 de cada mes i enviar per correu electrònic el justificant de pagament.
3. En efectiu: només en el cas dels esporàdics.

En cas que es retornin 2 rebuts o no es faci el pagament de 2 mesos, la inscripció queda directament anul·lada i l'infant no podrà fer ús del servei fins que no es regularitzin les quotes.

El retorn dels diners de les quotes només es farà en cas de baixa justificada. Entenem com a causa justificada malaltia o confinament parcial o total. En cas que s'hagi de retornar algun import, es descomptarà de la quota del més següent.

INFORMACIÓ SANITÀRIA DE L'INFANT

- És al·lèrgic a algun aliment? Quin?

- Segueix algun règim especial?

- És diabètic? SI NO - És propens a la acetona? SI NO

- És al·lèrgic a quelcom? SI NO A QUÈ?

- Malalties que ha passat:

GALTERES

XARAMPIÓ

VARICEL·LA

RUBÈOLA

- Pateix alguna malaltia? (asma, epilèpsia, problemes quirúrgics,...) Estat Actual

- Té alguna disminució (psíquica, física, motriu,...)?

- Utilitza algun tipus d'aparell corrector (ulleres, plantilles,...)? Quin?

- Quin tipus de medicina segueix? Homeopàtica Tradicional

- Pren alguna medicació? Quina?

- Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:

AUTORITZACIÓ DLE PARE/MARE O TURA/A PER A LA REALITZACIÓ DEL SERVEI

Jo,....., amb D.N.I. núm.....

Autoritzo al meu fill/a..... a Kampi Ki Pugui i en concret als seus membres i/o educadors o persones que actuïn en nom d'aquesta a:

- Participar a les activitats sol·licitades, sota les condicions establertes.

SI

NO

- Que el meu fill pugui aparèixer en fotografies, filmacions que es derivin de les activitats que es realitzarà sota la supervisió i control d'aquestes (C.E. art. 18.1 i Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig), per a que les famílies puguin disposar d'elles un cop finalitzada l'activitat.

SI

NO

- A que es prenguin les mesures mèdico-sanitàries i quirúrgiques que amb caire d'urgència s'hagin de realitzar al meu fill/a, i que siguin derivades dels trasllats o de les activitats que desenvolupi.

SI

NO

CONSENTO EXPRESSAMENT I AUTORITZO a l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI i per tant a les persones adscrites, inscrites, titulars i col·laboradors de tots els departaments, en els que s'organitza l'Associació Educativa KAMPI KI PUGUI perquè tracti les dades personals que voluntàriament he facilitat en documents adjunts, d'acord amb allò disposat a la Llei 15/1999 de 13 de desembre i pel Real Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la LOPD, limitant la referida autorització al compliment dels fins directament relacionats amb les funcions legítimes del Responsable del Fitxer, així com l'enviament d'informació sobre activitats de l'Associació per correu postal, correu electrònic o per butlletins o revistes.

El responsable del fitxer és l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI. Per exercitar els drets amunt mencionats, i per qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit a ASSOCIACIÓ EDUCATIVA KAMPI KI PUGUI C/. RONDA DE LA VIA 57, LOCAL, D.P. 08903 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BCN)

Prenc el compromís de vetllar pel bon funcionament del casal.

Barcelona, ade.....de 20...

Signatura del pare/mare o tutor/a: