

**FITXA D'INSCRIPCIÓ EXTRAESCOLARS CURS 2019-20**  
**AFA ESCOLA CASABLANCA ( Sant Boi de Llobregat )**  
**DADES DEL NEN/A:**

1r. COGNOM:		2n. COGNOM:	
NOM:		CURS:	
DATA DE NAIXEMENT:		EDAT:	CAT SALUT
ADREÇA:			
POBLACIÓ:		CODI POSTAL:	
CORREU ELECTRÒNIC ( mail ):			
NOM PARE I MARE:			
TELÈFONS DE CONTACTE (Indicar telèfon, nom i parentesc):			
Nom:	Parentesc:	Telèfon:	
Nom:	Parentesc:	Telèfon:	

**DADES DEL SERVEI QUE VOL REALITZAR :** Marqueu amb **X** l'opció a la que voleu

ACTIVITAT	Marqueu amb X
<b>SEVILLANES</b> (dilluns de 16:30 a 17:30 de P3 a 4rt)	
<b>ART ATTACK</b> (dilluns de 16:30 a 17:30 de 2n a 6è)	
<b>BÀSQUET</b> (dijous de 16:30 a 17:30, de 3r a 6è)	
<b>FUTBOL</b> (dilluns de 16:30 a 17:30, de p5 a 1r)	
<b>FUTBOL</b> (dimarts de 16:30 a 17:30h, 4rt i 6è)	
<b>FUTBOL</b> (dimecres de 16:30 a 17:30h, 2n i 3r)	
<b>PSICOMOTRICITAT EN ANGLÈS</b> (dimarts de 16:30 a 17:30, P3 a P-5)	
<b>PETITS CIENTÍFICS</b> (dijous de 16:30 a 17:30, de 3r a 6è)	
<b>ARTA MARCIALS</b> (dijous de 16:30 a 17:30, de 1r a 4rt)	
<b>ZUMBA</b> (dimarts de 16:30 a 17:30h, P5 a 2n)	
<b>ZUMBA</b> (dijous de 16:30 a 17:30h, 3r a 6è)	

**FORMA DE PAGAMENT:**

FUNDESPLAI emetrà un rebut mensual entre els dies 1 i 5 de cada mes. **Si es deixa de pagar el rebut d'un mes, l'alumne no podrà fer ús del servei fins que no es regularitzi la situació.**

**CRITERIS D'ABONAMENT:**

Les baixes definitives com a usuari Fix del servei, han de ser comunicades per **escrit** abans del dia 25 del mes anterior a la baixa per tal d'evitar que es giri el rebut corresponent.

INFORMACIÓ SANITÀRIA BÀSICA

**(en fulls adjunts podeu fer arribar qualsevol dada o informació que creieu oportú que conegui el/la monitor/a de l'activitat)**

És al·lèrgic

SÍ

NO

A què és al·lèrgic?

Detalleu altres aspectes mèdics i/o socials a tenir en compte

**AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A**

En/Na: \_\_\_\_\_

amb DNI ( o passaport ) : \_\_\_\_\_

autoritza al seu fill/filla: \_\_\_\_\_

a assistir a l'activitat sol·licitada, sota les condicions d'inscripció establertes i al pagament de la corresponent transferència bancària.

Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medico- quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

De conformitat amb allò regulat a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, el/els signants declaren que les dades indicades són certes i dona/en el seu consentiment exprés per que puguin ser tractades automatitzant-les-en, per a fins administratius propis per l'empresa que realitza les activitats , Fundació Catalana de l'Esplai, domiciliada al carrer Riu Anoia 42-54 baixos (08820) El Prat de Llobregat. Aquestes dades es donaran de baixa del arxius de la empresa contractada per realitzar les activitats si així sens comunica.

Autoritzo	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
		Autoritzo	<input type="checkbox"/>

A que es pugui registrar a través de fotografies i vídeo la imatge del infant, durant el servei que es realitzarà i en el qual participarà, organitzat per la Fundació Catalana

de l'Esplai, i així mateix que dites fotografies i imatges puguin ser utilitzades per a les activitats del casal i es puguin publicar per la Fundació Catalana de l'Esplai, en qualsevol mitjà, sempre i quan la publicació tingui per finalitat difondre les activitats i/o finalitats socials.

Declaro que disposo de les facultats legals per a atorgar la present autorització sobre la utilització de la imatge del menor indicat.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019-20.

Signatura de la persona que autoritza:

