



Casal d'estiu Elisa Badia 2023

"L'ILLA DEL TRESOR"

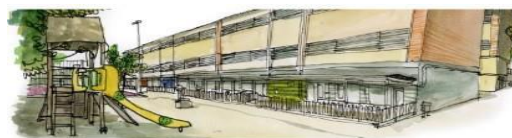
NOM NEN/A:		COGNOMS:	
EDAT:	CURS REALITAT:	ESCOLA:	
NOM PARE/MARE/TUTOR/A:			DNI:
MAIL:		TELÈFON:	
NOM PARE/MARE/TUTOR/A:			DNI:
MAIL:		TELÈFON:	
ALTRES TELÈFONS:			

MARCAR AMB UNA CREU LES SETMANES I HORARIS QUE NECESSITEU:

SETMANA	ACOLLIDA MATINAL		9h a 13h (sense dinar)	9h a 15h (inclòs dinar)	9h a 16:30h (inclòs dinar)
	7:30h a 9h	8h a 9h			
Del 26 al 30 de juny	☐ 15€	☐ 10€	☐ 65€	☐ 89€	☐ 99€
Del 3 al 7 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 65€	☐ 89€	☐ 99€
Del 10 al 14 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 65€	☐ 89€	☐ 99€
Del 17 al 21 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 65€	☐ 89€	☐ 99€
Del 24 al 28 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 65€	☐ 89€	☐ 99€

10% de descompte pel 2n germà/na i 25% pel 3r.





Salut i dades d'interès

- | | |
|---|--------|
| ✓ Pateix alguna malaltia? | Quina? |
| ✓ Té algun tipus d'al·lèrgia o intolerància a algun aliment o altres? | |
| | Quina? |
| ✓ Té alguna discapacitat? | Quina? |
| ✓ Pren alguna medicació? | Quina? |

Observacions:

***En cas que durant el casal s'hagi d'administrar alguna medicació serà imprescindible la recepta mèdica i la dosi exacte.**

Forma de pagament

Si el Casal es du a terme s'haurà de fer un primer pagament del 50% del total de l'1 al 5 de juny i adjuntar comprovant del pagament, el primer dia de Casal. El segon pagament del 50% es farà entre l'1 i el 5 de juliol mitjançant transferència bancària. Els infants que només facin 1 setmana, han de fer pagament complet.

Número de compte per transferència bancària:

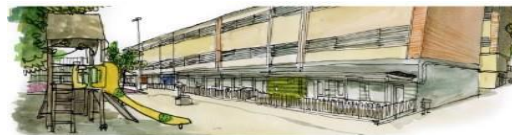
ES38 0182 3578 1902 0002 3109

*** En cas d'anul·lar la preinscripció, s'haurà de notificar almenys 15 dies abans de l'inici de l'activitat i es retornarà el 50% del pagament . Si l'anul·lació és amb justificació mèdica del infant, encara que sigui amb menys de 15 dies, es retornarà el 100% del pagament.**



Documentació que cal portar per fer la inscripció:

- Fitxa d'inscripció omplerta i amb les autoritzacions signades.
- Fotocòpia llibre de vacunes.
- Fotografia de mida carnet.
- Fotocòpia de la targeta sanitària de l'infant.
- Certificat d'al·lèrgies (en cas que les tingui).



Imatge

De conformitat amb la norma viconformidad con la normativa vigente y aplicable en protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de M^a CARMEN SERRANO RUA con NIF 34740229V y domicilio social sito en ANSELM CLAVÉ, 20, 08210, BARBERÀ DEL VALLÈS, BARCELONA, y que a continuación se relacionan sus respectivas finalidades, plazos de conservación y bases legitimadoras:

- Finalidad: Gestionar el contenido de archivos gráficos (imágenes y/o videos) con fines de información y promoción. Con el fin de realizar diversas ediciones o publicaciones en la web, en ediciones impresas y en las redes sociales de la entidad.
- Plazo de conservación: el que legalmente se haya establecido o requerido por la relación jurídica establecida entre las partes a menos que se haya retirado el consentimiento prestado.
- Base legítima: El consentimiento del interesado.
- Cesiones: sus datos serán comunicados en caso de ser necesario a entidades colaboradoras o contratadas con la finalidad exclusiva de gestionar las publicaciones mencionadas. Además, se informa que la base legitimadora de la cesión es el consentimiento del interesado.

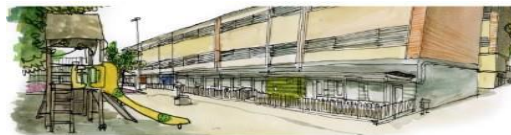
SI AUTORIZO el tratamiento de las imágenes.

NO AUTORIZO el tratamiento de las imágenes.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpd.cliente@conversia.es o al teléfono 902 877 192. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente y aplicable en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión ("derecho al olvido"), portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como la revocación del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico malec.lleure@gmail.com. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

M^a CARMEN SERRANO RUA informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos de las finalidades mencionadas anteriormente.

Nom, DNI i signatura del pare/mare/tutor/a:



Assistència

Autoritzo al meu fill/a
a assistir i participar en totes les activitats organitzades del casal d'estiu 2023 organitzat a
l'Escola Elisa Badia, tant les que es realitzen dins, com les programades fora del centre.

Signatura i DNI del pare/mare/tutor/a:

Recollida

Persones autoritzades a recollir a l'infant:

NOM: DNI: TELF:

NOM: DNI: TELF:

NOM: DNI: TELF:

En cas de malaltia o accident

Autoritzo a l'organització que demani assistència mèdica i que en cas d'urgència es prengui
les decisions medicoquirúrgiques que calgui, sempre per decisió facultativa.

Signatura i DNI del pare/mare/tutor/a:

