



Foto

Casal d'estiu Elisa Badia 2025

« La Màquina del Temps »

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

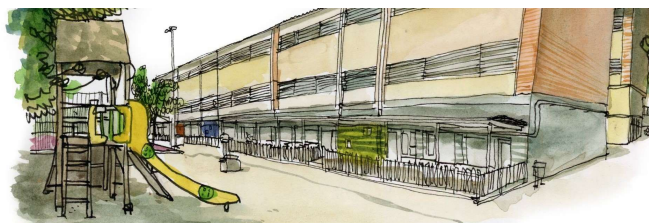
MARCAR AMB UNA CREU LES SETMANES I HORARIS QUE NECESSITEU :

SETMANA	ACOLLIDA MATINAL		9h a 13h (Sense dinar)	9h a 15h (Inclòs dinar)	TARDA 15 h a 16:30 h
	7:30h a 9h	8h a 9h			
Del 23 de juny al 27 de juny	☐ 15€	☐ 10€	☐ 60€	☐ 90€	☐ 10€
Del 30 de juny al 04 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 69€	☐ 95€	☐ 10€
Del 07 a l'11 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 69€	☐ 95€	☐ 10€
Del 14 al 18 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 69€	☐ 95€	☐ 10€
Del 21 al 25 de juliol	☐ 15€	☐ 10€	☐ 69€	☐ 95€	☐ 10€
Del 28 al 31 de juliol	☐ 15 €	☐ 10 €	☐ 56€	☐ 76€	☐ 10€

- EL 24 de Juny i 7 de juliol son festius

10% de descompte pel 2n germà/na i família monoparental (Mínim 2 setmanes)

15% de descompte pel 3r germà/na (Mínim 2 setmanes)



Salut i dades d'interès

Pateix alguna malaltia actualment?

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

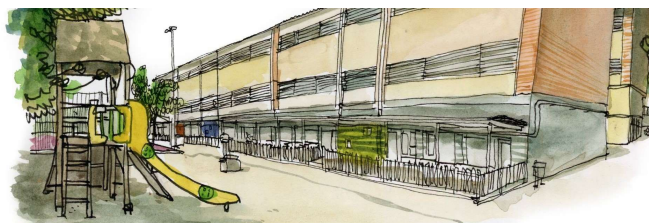
Número de compte per la transferència bancària:

ES3801823578190200023109

****En cas d'anul·lar la preinscripció, s'haurà de notificar almenys 15 dies abans de l'inici de l'activitat. Si l'anul·lació és fa a menys de 15 dies per començar amb justificació mèdica del nen o la nena només es retornarà el 50% del pagament.**

Documentació que cal portar per fer la inscripció:

- Fitxa d'inscripció completa i amb les autoritzacions signades.
- Fotografia mida carnet. Si és possible enganxada a la fitxa
- Fotocopia del llibre de vacunes.
- Fotocopia de la targeta sanitària del nen/a.



Imatge

De conformitat amb la normativa vigent i aplicable en protecció de dades de caràcter personal, els informem que les seves dades seran incorporats al sistema de tractament titularitat de M^a CARMEN SERRANO RUA con NIF 34740229V i amb domicili social al carrer ANSELM CLAVÉ, 20, 08210, BARBERÀ DEL VALLÈS, BARCELONA, i que a continuació es relacionen les seves respectives finalitats, temps de conservació i bases legítimes:

- Finalitat: Gestionar el contingut d'arxius gràfics (imatges i/o vídeos) amb fins d'informació i promoció. Amb la finalitat de realitzar diverses edicions o publicacions en la web, en edicions impreses i a les xarxes socials de la entitat.
- Temps de conservació: aquell que legalment s'hagi establert o requerit per la relació jurídica establerta entre les parts a menys que se hagi retirat el consentiment prestat.
- Base legítima: El consentiment de l'interessat
- Cessions: les seves dades seran comunicades en cas de ser necessari a entitats col·laboradores o contractades amb la finalitat exclusiva de gestionar las publicacions mencionades. A més, s'informa que la base legitimadora de la cessió és el consentiment del interessat.

☐ **SI AUTORITZO el tractament de les imatges.**

☐ **NO AUTORITZO el tractament de les imatges.**

M^a CARMEN SERRANO RUA informa que amb la signatura del present document atorga el consentiment explícit per al tractament de les dades i les finalitats mencionades anteriorment..

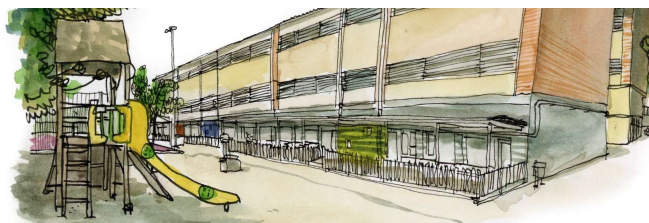
Nom, DNI i signatura del pare/mare/tutor:

Assistència

Autoritzo el meu fill/a.....

A assistir i participar en totes les activitats organitzades pel casal d'estiu 2025 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 al infant:

NOM:	DNI:	TLF:
NOM:	DNI:	TLF:
NOM:	DNI:	TLF:

En cas de malaltia o accident

Autoritzo a la responsable del Casal, que demani assistència mèdica i que en cas d'urgència es prenguin les decisions medicoquirúrgiques que calgui, sempre per decisió facultativa.

Signatura i DNI del pare/mare/tutor/a

Telèfon Responsable Casal: 678959483 Carme

Mail de contacte: casalelisabadia@gmail.com