

DADES PERSONALS DEL NEN/A

NÚM. D'INSCRIPCIÓ

1r COGNOM:		
2n COGNOM:		
NOM:		
DATA DE NAIXEMENT:	EDAT:	CURS ESCOLAR:
ADREÇA:		
POBLACIÓ:	C.P.:	
NOM DELS TUTORS/ES LEGALS:		
TELÈFON:	TELF. D'URGÈNCIA:	
NUMERO SS:	E-MAIL:	
ESCOLA:		

DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR

	1A SET. 29 de juny al 3 de juliol	2A SET. 6 al 10 de juliol	3A SET. 13 al 17 de juliol	4A SET. 20 al 24 de juliol	5A SET. 27 al 31 de juliol	6A SET. 3 al 7 d'agost	7A SET. 10 al 14 d'agost
MATÍ							
MATÍ I TARDA							
MENJADOR							
ACOLLIDA MATINAL							
COLÒNIES D'ESTIU 13 al 19 de juliol							

Senyaleu amb una X les setmanes i opcions de casal d'estiu a escollir.

PAGAMENT

El primer pagament s'ha de fer **en el moment de fer la inscripció** i haurà de ser del 50% del total de l'activitat. El 50% restant s'ha d'efectuar abans del **15 de juny**.

Al concepte de l' **ingrés/transferència** cal indicar: **CASAL ESTIU+NOM I COGNOMS DEL INFANT**.

L'ingrés o transferència cal efectuar-lo al número de compte corrent: ES18-0182-3050-0502-0197-5714/Banco Bilbao Vizcaya (BBVA)

Cal fer la inscripció de forma **presencial al AMPA de l'escola Bernat Desclo** del **13 al 23 d'abril** per els infants de les **escoles organitzadores** i del **27 d'abril al 13 de maig** per a infants d'altres escoles.

També podeu fer la inscripció enviant tota la documentació a casalspetikipeti@gmail.com respectant l'ordre de les dates de **inscripció abans esmentades**.

ANUL·LACIÓ INSCRIPCIONS:

- Un cop formalitzada la inscripció, en cas de baixa, no es retornarà el import abonat.
- En cas de malaltia, degudament justificada amb certificat mèdic, es retornarà el 100% de l'import.
- Finalment, si fos el Departament de Salut o qualsevol autoritat competent qui decretés la suspensió de casals d'estiu per criteris de salut pública l'Associació Educativa Peti Ki Peti es compromet a retornar el 70% de la part no gaudida de la quota de l'activitat reservant el 30% per cobrir les despeses de monitoratge que ocasionaria aquesta situació.

Junt amb aquest full d'inscripció emplenat heu de portar i/o enviar:

- Resguard del ingrés bancari.
- Una còpia de la targeta sanitària del infant.
- Una còpia del carnet de vacunes o certificat mèdic indicant l'estat de salut del infant.
- Una còpia del D.N.I. de la persona que signa la inscripció
- Una fotografia del infant en qualsevol format.

INFORMACIÓ SANITÀRIA

- Es fatiga fàcilment? SI NO
- Es mareja en autocar? SI NO
- Sap nedar? SI NO
- Menja: DE TOT POQUES COSES MOLT POC
- És al·lèrgic a algun aliment? Quin?.....
- Segueix algun règim especial?.....
- És diabètic? SI NO
- És propens a l'acetona? SI NO
- És al·lèrgic? SI NO A QUÈ?.....
- Malalties que ha passat:
PAPERES XARAMPIÓ VARICEL·LA RUBEOLA
- Pateix alguna malaltia? (asma, epilèpsia, problemes quirúrgics,...).....Estat actual.....
- Té problemes de vista o oïda? Quins?
- Té alguna disminució (psíquica, física, motriu,...)?.....
- Pateix d'enuresi nocturna? SI NO
- Utilitza algun tipus d'aparell corrector (ulleres, plantilles,...)? Quin?.....Se'n fa responsable? SI NO
- Quin tipus de medicina segueix? Homeopàtica Tradicional
- Pren alguna medicació? Quina?.....
- Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:.....
- Té la pell sensible al sol? SI NO
- Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:
- **En cas d'anar de colònies**, ha de dormir a la llitera de: A DALT A BAIX INDIFERENT
- **SI ÉS NENA:**
Té la menstruació? SI NO
Com la viu?.....
És autònoma amb les mesures d'higiene que cal prendre? SI NO

AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A

Jo,....., amb D.N.I. núm.....

Autoritzo al meu fill/a..... a l'Associació Educativa Peti Ki Peti 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/a 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

- Als desplaçaments en els mitjans de transports corresponents per part dels educadors i/o monitors/es adscrits a les activitats. En totes aquelles sortides del centre, que s'hagin de realitzar per tal de desenvolupar 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 Peti Ki Peti i per tant a les persones adscrites, inscrites, titulars i col·laboradors/es de tots els departaments, en els que s'organitza l'Associació Educativa Peti Ki Peti 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 Peti Ki Peti. Per exercitar els drets amunt mencionats, i per qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit a l'Associació Educativa Peti Ki Peti C/. Avinguda del Carrilet, 204, Local, D.P. 08901 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Prenc el compromís de vetllar pel bon funcionament del Casal D'estiu.

L'Hospitalet de Llobregat, ade.....de 2026

Signatura del pare/mare o tutor/a