

FULL D'INSCRIPCIÓ, ESQUIADA A PORT AINÉ

DADES NEN O NENA:

Centre escolar:

Nom: _____ Cognoms: _____

Data de Naixement: ____/____/____ Curs: ____ Telèfon: _____

Adreça: _____ Número: ____ Pis/Porta: ____

Localitat: _____ CP: _____ Província: _____

Nº Targeta sanitària nen o nena: _____

Esquí o Snow	Alçada	Nº peu	Pes

Nivell	Esquí	Snow
No en sé – Baix		
Alguna vegada – Mig		
Ho domino – Alt		

Quants cops has esquiats? _____.

AUTORITZACIÓ DEL PARE – MARE – TUTOR – TUTORA:

Nom i cognoms: _____

DNI: _____ Telèfon: _____

E-mail: _____

Signatura:

PREU:

- **196,50€.** (Tot inclòs)
- **178,00€.** (Sense lloguer de material)

PAGAMENT:

Efectuar pagament al nº de Compte de la CaixaBank:

ES78 2100 9046 9102 0004 2481 --- Concepte: ESQUIADA PORT AINÉ + Nom i cognoms

DADES MÈDIQUES

	SI	NO	Quin / quina?
El nen /a pateix alguna malaltia crònica?			
Pren algun medicament? Si el pren quina dosi? Cada quan?			
El nen /a pateix alguna al·lèrgia o intolerància alimentària?			
Alguna malaltia important?			
Té algun problema de mobilitat?			
Es cansa fàcilment?			
Porta les vacunes al dia?			
El nen /a es mareja fàcilment?			
OBSERVACIONS: (Algun aspecte a tenir present)			

, ____ de ____ del 2020.