

AUTORITZACIÓ DELS PARES

Jo,,
..... (nom i cognoms dels pare/mare o tutor),
autoritzo el meu fill/a,
nascut el dia de/d'..... de, amb DNI.....perquè
assisteixi a l'esquiada a Andorra organitzada per l'AMPA de l'Institut Fontanelles i pel Rodolf Roigé Galceran amb DNI 39919576-V, els dies 16, 17 i 18 de març de 2018.

- Afirmo que tinc coneixement del programa d'activitats.
- Autoritzo a que sigui fotografiat i gravat durant la realització de les activitats pels dirigents de l'activitat. Si No
- Autoritzo a efectuar petites cures i a subministrar medicaments com analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris, de formulació infantil i que es lliuren sense recepta, per part dels dirigents. Si No
- Confirmo que vull que el meu fill realitzi 2 hores de classe amb monitors d'esquí cada dia (suplement de 20 euros) Si No

Signatura dels pares o tutors

NOM I COGNOMS DEL SIGNANT:
ADREÇA:
POBLACIÓ I CODI POSTAL:
TELÈFON: ALTRES TELÈFONS:
ADREÇA ELECTRÒNICA:

DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR AMB LA PRESENT AUTORITZACIÓ:

- Fotocòpia de la targeta sanitària. Fitxa de salut.
- Autorització de medicaments, en el cas que el nen/a se n'hagi de prendre durant l'estada a l'esquiada.
- Fotocòpia o resguard del pagament.
- Número de Compte on ingressar l'import (215€ socis, 240€ no socis):
- IBAN: ES71-2100-1856-0402-0008-3263