



INSCRIPCIÓ CASAL D'ESTIU LA XARRANCA 2024



NOM: _____ COGNOMS : _____
COL·LEGI: _____ CURS ACABAT : _____
NOM DEL PARE, MARE O TUTOR/A: _____ DNI : _____
TELÈFONS EN CAS D'URGÈNCIA: _____
CORREU ELECTRÒNIC : _____

MARQUEU AMB UNA CREU LES QUINZENES I SERVEIS AMB ELS QUALS ESTEU INTERESSATS

QUINZENES	CASAL	ACOLLIDA MATINAL (mínim 5 nens/es)	ACOLLIDA MIGDIA (mínim 5 nens/es)	MENJADOR
Del 1 al 12 de juliol				
Del 15 al 26 de juliol				
Del 29 de juliol al 9 d'agost				
Del 12 al 23 d'agost *el dijous 15 d'agost NO HI HAURÀ CASAL*				A PARTIR DEL 5 D'AGOST NO HI HAURÀ SERVEI DE MENJADOR

* No podem garantir les places a aquelles quinzenes que no marqueu en el moment de la inscripció.

FITXA DE SALUT	SI	NO	QUINA?
Té alguna al·lèrgia o intolerància?			
Sap nedar?			
Té alguna necessitat educativa especial?			
Altres observacions mèdiques			

AUTORITZACIONS

- ✓ Autoritzo al meu fill/a a sortir del col·legi amb LA XARRANCA, en horari del casal. Sí ___ // No ___
- ✓ En cas de necessitar atenció mèdica, ens dona permís per usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat i portar al seu fill/a al Centre Sanitari més proper? Sí ___ // No ___
- ✓ Autoritzo a fer fotografies o gravar vídeos on surti el nen/a que estic inscrivint. Sí ___ // No ___
- ✓ Autoritzo a l'associació d'esplai LA XARRANCA a enviar-me ofertes, promocions i/o altre tipus d'informació al meu correu electrònic o per WhatsApp. Sí ___ // No ___

Jo _____ amb DNI _____ autoritzo al meu fill/a _____ a assistir a les activitats que organitza L'Associació d'Esplai La Xarranca els mesos de juliol i agost de 2024, atenent-me a les condicions que m'han estat notificades i prèvia presentació de la documentació corresponent. Faig extensiva aquesta autorització i dono fe que tot el que ha estat escrit anteriorment és cert i correcte.

Les places són limitades i per rigorós ordre d'arribada al nostre correu xarranca@gmail.com

Només seran vàlides aquelles inscripcions que vagin acompanyades de:

- DNI de qui signa l'autorització.
- Targeta sanitària del nen/a inscrit.
- Comprovant de pagament d'una quinzena al compte ES82 2085 9512 2803 3044 5834

* La Xarranca es reserva el dret a no admetre els nens/es que impedeixin el bon funcionament de les activitats.

SIGNATURA PARE/MARE/TUTOR I DNI