

FITXA INSCRIPCIÓ CAMPUS CAMPUS ESTIU 2021

 -

*** A OMLIR PEL CENTRE**

NUM. FITXA GIESPORT _____

MINI CAMPUS

CAMPUS

CAMPUS FITJOVE

DESCOMPTES

SOL·LICITUT BECA - DESC. _____ EN LES SETMANES : 1 2 3 4 5 6 7

DESC. 5% ABONATS DESC. 5% ESPORTISTES CN Poble Nou DESC. 5% GERMANS DESC. 5% FILLS/NETS ABONATS
 EN LES SETMANES : 1 2 3 4 5 6 7

***A OMLIR PEL CLIENT (marcar les opcions desitjades amb una creu)**

SETMANES	DADES ASSISTÈNCIA	ACOLLIDA	MATÍ	MENJADOR	TARDA
		(7:45 a 9:00h)	(9:00 a 13:30h)	(13:30 a 15:00h)	(15:00 a 17:00h)
1	DEL 28 DE JUNY AL 2 DE JULIOL				
2	DEL 05 AL 09 DE JULIOL				
3	DEL 12 AL 16 DE JULIOL				
4	DEL 19 AL 23 DE JULIOL				
5	DEL 26 AL 30 DE JULIOL				
6	DEL 30 AGOST AL 03 DE SETEMBRE				
7	DEL 6 AL 10 DE SETEMBRE (DIA 8 TANCAT)				

TALLA SAMARRETA

- 2/3
- 4/6
- 8/10
- 12/14
- S
- M
- L



Documentació necessària:

- DNI INFANT (o equivalent)
 TARJETA SEG.SOCIAL INFANT

Com ens has conegut? (marca l'opció corresponent)

Facebook / instagram / web / antic usuari / boca a boca / publicitat paper / al mateix centre / altres _____

Dades personals (tots els camps són obligatoris)

Nom i cognoms: _____ Edat: _____ Curs: _____

Adreça: _____ CP: _____ Població: _____

Nom del pare (o tutor legal): _____ Telf: _____

E-mail: _____

Nom de la mare (o tutora legal): _____ Telf: _____

E-mail: _____

Altres telèfons/persona de contacte: _____ / _____

El nen/a sap nedar? _____

Realitza curssets de natació al CEM Besòs? _____

Jo, _____, amb DNI _____ com a
pare/mare/tutor legal de _____ autoritzo a l'inscrit a participar al
Campus Esportiu segons les condicions establertes i, verifico que aquestes dades són certes. Faig extensiva
aquesta autorització per a les decisions medicoquirúrgiques que, sota la pertinent direcció facultativa, calguin
prendre en cas d'urgència.

Sant Adrià de Besòs, a _____ de _____ de _____.

*Signatura pare/mare/tutor

·

Autorització per a les recollida/sortida diària

✓ **El nen SI marxarà sol:**

Jo, _____ amb DNI _____ com a
pare/mare/tutor legal de _____, autoritzo per a que el nen pugui
marxar sol a casa, sota la meva responsabilitat, un cop finalitzada la jornada al campus.

*Signatura pare/mare/tutor

✓ **El nen NO marxarà sol:**

Jo, _____ amb DNI _____ com a
pare/mare/tutor legal de _____, autoritzo per a que, en el cas que jo no pugui recollir
el nen, ho puguin fer les següents persones que són de la meua confiança:

NOM I COGNOMS	PARENTIU AMB EL NEN/A	DNI

*Signatura pare/mare/tutor

·

Data de naixement: ____/____/____

Pes: _____

Alçada: _____

- ✓ Pateix o ha patit alguna malaltia/discapacitat psíquica o física important que consideri que l'equip de tècnics hauria de conèixer? _____

- ✓ El nen/a té alguna al·lèrgia o intolerància a: (marcar la rodona)

Plantes, animals o pols Quina? _____

Medicaments Quins? _____

Aliments Quins? _____

Picades d'insecte Quins? _____

Altres Quins? _____

- ✓ Pateix sovint alguna d'aquestes malalties:

Mal de panxa Angines Hemorràgies Mareig

Mal de cap Faringitis Enuresis

Mal d'oïda Refredat Insomni

- ✓ Està al dia de totes les vacunes que li corresponen per l'edat segons el calendari de vacunacions? _____

Data de l'última dosi antitetànica? _____

Verifico que les dades omplertes son correctes i actualitzades a dia d'avui:

Sant Adrià de Besòs, a ____ de _____ de _____

*Signatura pare/mare/tutor