**INSCRIPCIÓ ESPLAI GER 2021-2022**

**DADES PERSONALS**

NOM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOMS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAT:\_\_\_\_\_\_ CURS:\_\_\_\_ DATA DE NAIXEMENT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÈFON:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ADREÇA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº\_\_\_\_\_\_ PIS\_\_\_\_\_ POBLACIÓ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODI POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREU ELECTRÒNIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADES DEL PARE, MARE O TUTOR**

NOM I COGNOMS PARE/MARE/TUTOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÈFON MÒBIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOM I COGNOMS PARE/MARE/TUTOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÈFON MÒBIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORITZACIÓ** (a omplir pel pare, mare o tutor/a)

En/Na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_amb DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autoritza el/la seu/seva fill/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a :

**1.** A assistir al Esplai 2020-2021 organitzat per l’ Esplai GER i a realitzar les activitats que es duguin a terme. Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d’extrema urgència sota la pertinent decisió facultativa.

**2.** Al seu fill/a a marxar sol a casa un cop finalitzi l’activitat?

SI NO

**3**. A fer fotografies o a enregistrar amb videocàmera el meu fill/a en les diferents activitats que organitza l’entitat, així com a l’ús d’aquestes per a la promoció, difusió i / o propaganda habituals de l’entitat, d’acord a la llei de protecció d’imatges del menor (\*)

Whatsapp Youtube Facebook i instagram

**Signatura Pare/ Mare /tutor**

Sant Pere de Ribes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017

**FITXA SANITARIA**

**Té el calendari de vacunacions complet segons el calendari de vacunacions?** Si No

**Té alguna necessitat educativa especial?** Quina? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Té algun tipus d’al·lèrgia?** SI NO A què?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pren algun medicament?** SI NO Quina dosis? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

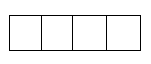
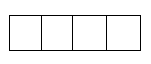
**Altres observacions:** 

**PAGAMENT**

QUOTA ANUAL: 50€

NOM I COGNOM DEL COMPTE BANCARI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOM DE L’ENTITAT BANCÀRIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE COMPTE BANCARI:



IBAN

-El concepte del pagament ha de ser “Esplai” seguit del nom de l’infant. Ex. “Esplai María Gimenez”.

-Enviar la inscripció i el rebut del pagament al següent correu: esplaiger@gmail.com

-Els 50€ es descomptaran durant aquest primer trimestre i no es retornaran en cas de Covid-19.