**INSCRIPCIÓ COLÒNIES MAS CAN PIC 2025 (GERMANS)**

**CICLE INICIAL (P3-P4-P5) 4 DIES (3 nits)**

**DADES PERSONALS DE L’INFANT 1**

Nom: Primer cognom: Segon cognom:
Edat: Curs: Data naixement: Núm. targeta sanitària:

**FITXA SANITÀRIA**

Grup sanguini:
Té el calendari de vacunacions complet segons el calendari de vacunacions? SÍ NO s

Malalties passades:

Xarampió Escarlatina Rubòla Asma Tos Ferina I I Cardíaques Varicel·la Galteres Hepatitis Frac. òssies I

Altres:

Pateix actualment alguna malaltia? SÍ NO Quina?
Té alguna malaltia crònica? SÍ NO Quina?
És al·lèrgic a cap medicament? SÍ NO Quina?
Pren algun medicament? SÍ NO Nom: Dosi:

Ha de prendre algun medicament durant l’estada a les colònies? SÍ NO I
Nom: Dosi: Administració:

**AUTORITZACIÓ**

Jo amb DNI com a representant legal del nen/nena autoritzo a l’equip de monitors/es de l’Esplai GER a subministrar el medicament esmentat al meu fill/a, segons la dosi especificada.

Signatura de la mare, pare, tutor/a:

 Sant Pere de Ribes, de de 2025

**NECESSITATS EDUCATIVES**

Té alguna necessitat educativa especial? SÍ NO
En cas de tenir necessitats educatives especials, indiqueu quina:

**HÀBITS**

Sap nedar? SÍ NO N'està aprenent: Hàbits de son (malsons, insomni, migdiada, etc.) Hàbits d’higiene (dutxa, raspallar les dents, etc.) Hàbits alimentaris (menja sol/a, s’acaba el menjar, etc.):

**AL·LÈRGIES**

Té algun tipus d'al·lèrgia? SÍ NO A qué? Altres al·lèrgies dins l'hàbit alimentari: Altres observacions:

**DADES PERSONALS DE L’INFANT 2**

Nom: Primer cognom: Segon cognom:
Edat: Curs: Data naixement: Núm. targeta sanitària:

**FITXA SANITÀRIA**

Grup sanguini:
Té el calendari de vacunacions complet segons el calendari de vacunacions? SÍ NO s

Malalties passades:

Xarampió Escarlatina Rubòla Asma Tos Ferina I I Cardíaques Varicel·la Galteres Hepatitis Frac. òssies I

Altres:

Pateix actualment alguna malaltia? SÍ NO Quina?
Té alguna malaltia crònica? SÍ NO Quina?
És al·lèrgic a cap medicament? SÍ NO Quina?
Pren algun medicament? SÍ NO Nom: Dosi:

Ha de prendre algun medicament durant l’estada a les colònies? SÍ NO I
Nom: Dosi: Administració:

**AUTORITZACIÓ**

Jo amb DNI com a representant legal del nen/nena autoritzo a l’equip de monitors/es de l’Esplai GER a subministrar el medicament esmentat al meu fill/a, segons la dosi especificada.

Signatura de la mare, pare, tutor/a:

 Sant Pere de Ribes, de de 2025

**NECESSITATS EDUCATIVES**

Té alguna necessitat educativa especial? SÍ NO
En cas de tenir necessitats educatives especials, indiqueu quina:

**HÀBITS**

Sap nedar? SÍ NO N'està aprenent: Hàbits de son (malsons, insomni, migdiada, etc.) Hàbits d’higiene (dutxa, raspallar les dents, etc.) Hàbits alimentaris (menja sol/a, s’acaba el menjar, etc.):

**AL·LÈRGIES**

Té algun tipus d'al·lèrgia? SÍ NO A qué? Altres al·lèrgies dins l'hàbit alimentari: Altres observacions:

**DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT**

Nom: Primer cognom: Segon cognom:
Núm. d’identificació: Tel. fix: Tel. mòbil: Adreça: Núm.: Pis: Municipi: Codi postal: Correu electrònic:

**DADES DE LA MARE, PARE, TUTOR/A:**Nom i cognoms mare, pare, tutor/a: Tel. contacte:
Nom i cognoms mare, pare, tutor/a: Tel. contacte:

**ENTITAT GER**

 ASSOCIAT/ES **PREU: 210€** AMICS/ES **PREU: 225€**

**AUTORITZACIÓ**

En/na amb DNI autoritza al/la seu/seva

**fill/a 1
fill/a 2**

a participar a les colònies que es realitzaran el 27 al 30 de juliol (4 dies - 3 nits) del 2025, a la Masia Els Clapers a Santa Maria d’Oló (Barcelona) organitzades per l’Esplai GER, sent coneixedor/a de les activitats que es realitzaran.

Fa extensiva aquesta autorització a,

1. Les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d’extrema urgència sota la pertinent decisió facultativa.

2. A que l’infant sigui desplaçat en vehicle privat en cas de necessitar atenció mèdica i que aquesta no sigui urgent ni especialitzada durant l’activitat organitzada per l’Esplai GER.

3. A que els monitors/es responsables de l’activitat organitzada per l’Esplai GER, puguin efectuar petites cures i puguin administrar medicació al meu fill o filla, segons prescripció mèdica i tenint l’avís previ dels seus pares, mares o tutors legals

4. 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 ​(\*).

SÍ NO i

Signatura de la mare, pare, tutor/a:

Sant Pere de Ribes, de de 2025

(\*)En compliment d'allò que disposa l'article 5 de la Llei orgànica15/1999,del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, informem que les dades que han estat proporcionades a través de la fitxa d’inscripció seran incorporades a un fitxer automatitzat i a un fitxer amb suport paper del Grup de l'Esplai per tal de mantenir informades les famílies. Aquestes dades són confidencial si d’ús exclusiu del Grup Esplai GER. Si ho desitgeu, podeu accedir,rectificar o cancel·lar les dades, adreçant-vos per correu ordinari o electrònic a l’entitat.

**PUNTS DESTACATS**

* Inscripcions obertes a partir de l’1 d’abril fins al 17 de juliol.
* Retornar la inscripció al correu electrònic: esplaiger@gmail.com. Assumpte: colònies 2025
* **REUNIÓ FAMÍLIES DIJOUS 17 DE JULIOL LES 19h A LA NAU DEL GER**
* **Es retornarà l’import pagat sigui fraccionat o bé sencer avisant fins al 17 de juliol. Si no del contrari es retornarà la part proporcional de la seva estada.**

**OPCIONS DE PAGAMENT**

* **Per transferència:** a partir de la inscripció feta fins al 17 de juliol.
* **Pagament amb metàl·lic:** mateix dia de reunió de famílies dijous 17 de juliol o a secretaria de l’Entitat de 9:30 h del matí a 13 h del migdia fins a 17 de juliol.

**OPCIONS DE FRACCIONAMENT**

Es vol facilitar el pagament fraccionant l’import total per mesos via transferència bancària o metàl·lic a secretaria. Al concepte per transferència posar “FRACCIÓ COLÒNIES + NOM INFANT”.

| **MES** | **IMPORT** |
| --- | --- |
| 31 ABRIL | 40€ |
| 31 MAIG | 40€ |
| 31 JUNY | 40€ |
| 1 AL 17 JULIOL |  SOCIS/ES: 90,00€AMICS/ES: 105,00€ |

*\*\* per cada pagament fraccionat cal posar correctament el concepte de l’ingrés (mirar a dades bancàries)*

| **DADES BANCÀRIES****BANC:** Banc Sabadell **NÚM. COMPTE:** ES64 0081 0092 1700 0129 0833 **DESTINATARI:** ESPLAI GER**CONCEPTE:** CO-seguit del 1r cognom i nom participant/a. (ex: CA-GARCIAALBERT) |
| --- |