

FULL D'INSCRIPCIÓ

DADES PERSONALS DEL NEN/A

Nom: _____ Cognoms: _____
 Adreça: _____ Telèfon: _____ Mòbil: _____
 Població: _____ CP: _____ Data de naixement: _____
 Adreça electrònica del tutor/a (majúscules): _____ NIF/NIE: _____
 Soci/a de l'Ampa Curs: _____ Edat: _____
 Qui el/la vindrà a buscar habitualment? _____

ACTIVITATS

Activitat extraescolar	Preu	€

Activitat extraescolar	Preu	€

QÜESTIONARI MÈDIC

Assegurança mèdica. Núm TSI: _____ Altres: _____
 Pateix freqüentment alguna malaltia? (diarrea, febre, mal de cap, angines, etc.) _____
 Té alguna malaltia crònica? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes cardíacs, diabetis, etc.) Pren algun medicament normalment? _____ Quin? _____
 Té algun tipus de discapacitat física o psíquica? _____
 Observacions: _____
 En cas d'urgència, cal avisar _____ Telèfon _____

DADES BANCÀRIES

Titular del compte _____
 Nom i cognoms _____
 Codi país IBAN Entitat Oficina Dc Num. compte
 □□ □□ □□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

SEGELL DE L'ENTITAT ORGANITZADORA

Club Lleuresport
 NIF: G60320132

SIGNATURA DEL USUARI

Vist-i-plau (*)
 Pare/ mare/ tutor/a/ familiar

(*) Important: mireu al dors els drets i obligacions dels participants que inclou les condicions d'inscripció que la persona interessada accepta.

En virtut d'allò establert a la LOPD 15/1999 i la LSSICE 34/2002, l'informem que les seves dades formen part d'un fitxer titularitat de CLUB LLEURESORT DE BARCELONA. El titular queda informat i dona la seva autorització de forma expressa per utilitzar aquesta informació, incloses les dades de salut, per la prestació del servei i per a informar-li, per qualsevol mitjà electrònic, de les nostres activitats. Vostè pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a la següent adreça: C/ Blesa 27-08004 Barcelona o lopd@lleuresport.cat

En virtut d'allò establert a la LOPD 15/1999 i la LSSICE 34/2002, l'informem que les seves dades formen part d'un fitxer titularitat de L'AMPA MD Àngels. El titular queda informat i dona la seva autorització de forma expressa per utilitzar aquesta informació, incloses les dades de salut, per la prestació del servei i per a informar-li, per qualsevol mitjà electrònic, de les nostres activitats. Vostè pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a la següent adreça: C/ Berenguer de Palou, 17-19, 08027 Barcelona

AUTORITZACIÓ DESPLAÇAMENT

Cal ser soci/a de l'AMPA per poder participar en l'activitat

Jo, en/na..... amb DNI..... aurotitzo a què
els monitors/es de l'AMPA Mare de Déu dels Àngles portin a fins a les instal·lacions on es farà l'activitat.

Signat:

DRETS I OBLIGACIONS DELS USUARIS/ÀRIES

Normativa legal:

L'interessat accepta al signar les condicions següents:

- La inscripció a l'activitat és oberta als socis de l'ampa, d'acord amb les edats de l'activitat escollida. En cas que no es respectin les edats o si els participants ocasionen algun problema de conducta que afecti al bon funcionament general, podran ésser exclosos de l'activitat.
- Si l'entitat organitzadora ha d'anul·lar l'activitat, per no haver cobert el nombre de places previstes per grup, es retornarà la totalitat de l'import.
- Es fa extensiva a les condicions mèdica-quirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.
- Així mateix declara que la cessió d'aquesta imatge ho és a títol de col·laboració gratuïta, comproment-se a no reclamar ni demanar res per l'esmentada exhibició.
- El socis que realitzin la preinscripció fins la data establerta, gaudiran de poder pagar l'activitat en dues o tres vegades, al juliol 2017, al novembre 2017 i l'última al febrer 2018.
- Passat aquest termini, l'import de tota l'activitat es realitzarà en un únic pagament.
- Els preus indicats són per tota l'activitat, des del 2 d'octubre fins a mitjans de juny.
- Totes les activitats s'abonaran per domiciliació bancària.

Documentació necessària:

- Dades domiciliació bancària amb IBAN.
- Fotocòpia CATSALUD.