

DADES DEL PARTICIPANT:

Nom i cognoms: _____

Data Naixement: ____/____/____ Edat: ____ Curs actual _____

Nom mare _____

Nom pare _____

Mail _____

Telèfons de contacte _____

Adreça: _____

Pobalció _____

Nom de l'escola _____

DADES GENERALS:

DISCAPACITAT: SI _____ NO _____

Tipus: _____

VACUNES: les porta segons el calendari de vacunacions? SI _____ NO _____

MEDICAMENTS: pren algun medicament? SI _____ NO _____

Quin? _____ Dosi: _____

“No administrarem cap medicament sense informe mèdic”

AL LÈRGIES: pateix algun tipus d'al·lèrgia? SI _____ NO _____

Tipus _____ A què? _____

MALALTIES HABITUALS:

Mal de panxa _____ Mal de cap _____ Otitis _____

Hemorràgies _____ Bronquitis _____ Enuresi _____

MALALTIES IMPORTANTS PATIDES ANTERIORMENT: _____

OBSERVACIONS:

QUI RECOLLIRÀ AL NEN/A A LA SORTIDA DEL CASAL:

Marxa sol a casa _____ El/la vénen a buscar _____

Nom de la persona _____

HORARI I PREUS:

HORARI	PREU PER DIA
9 A 13h	10,50€
9 A 15h EXCLUSIU DIA 18 D'ABRIL	15€ (DINAR CARMANYOLA)
9 A 17h	17€ (DINAR CARMANYOLA)
8 A 9h	2,75€ (MÍNIM 8 PARTICIPANTS)

- Descompte del 5% per a famílies monoparentals i famílies nombroses (no inclou acollida).
AJUTS SOCIALS.

DIES I HORARIS EN QUÈ PARTICIPARÀ:

	8 A 9H	9 A 13H	9 A 15H	9 A 17H
15 d'abril				
16 d'abril				
17 d'abril				
18 d'abril				

- EL dia 18 d'abril l'horari serà de 9 a 15h.

AUTORITZACIÓ

En/Na _____ amb DNI _____

autoritzo al meu fill/a _____

a participar al casal de setmana santa 2019 de Vilassar de Mar.

SIGNATURA del pare/mare/tutor

PER FER **LES INSCRIPCIONS**, TENIU **TEMPS FINS EL 5 D'ABRIL**. PODEU REALITZAR EL PAGAMENT FENT UNA TRANSFERÈNCIA AL NÚMERO DE COMPTE DE LA CAIXA: **ES82 2100 0674 79 0200197466 REF. CASAL DE SETMANA SANTA VILASSAR DE MAR/ NOM PARTICIPANT**. DESPRÉS ADJUNTEU LA CÒPIA DEL PAGAMENT, EL FULL D'INSCRIPCIÓ I LA FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA DEL CAT SALUT, I HO FEU ARRIBAR AL DESPATX D'EXTRAESCOLARS DE L'ESCOLA VAIXELL BURRIAC.